

INTRODUCCIÓN

Probablemente nunca se sabrá de dónde o cómo surgió el VIH/SIDA, muchos opinan que el virus ya se encontraba en los Estados Unidos, Europa y África por varias décadas, antes de manifestarse los primeros casos de la infección en 1980 y 1981.

En el contexto epidemiológico, el VIH/SIDA es una enfermedad temida que no discrimina estratos sociales, económicos ni culturales. “A la fecha, más de 70 millones de personas se han infectado de SIDA, siendo la 4ª causa de muerte a nivel mundial. Los más altos índices de personas infectadas se encuentran en la población adolescente y joven (un tercio de las personas entre 15 y 24 años de edad) y se estima que la gran mayoría no sabe que vive con VIH.” (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, (2010) <http://www.unaids.org/es/default.asp>)”.

Una de las poblaciones más vulnerables es la de los jóvenes, los estudiantes universitarios, debido a que la mayor parte de ellos experimentan las relaciones sexuales de manera más habitual, muchas veces sin protección, exponiéndose a infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y embarazos no deseados.

Desde que se inició la epidemia del VIH/SIDA, se han generado profundos cambios sociales en los países afectados, desarrollándose una serie de prejuicios, que desembocan en la estigmatización, discriminación y actitudes de rechazo hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

Lo propio se ha dado en Bolivia, donde en los últimos años se han intensificado las políticas de prevención y promoción de la salud sexual, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y otros. Este problema se ha trasladado como una responsabilidad exclusiva de las instituciones públicas o centros de salud con sus respectivos programas de prevención, sin que ello implique que la sociedad en su conjunto asuma una actitud positiva y de responsabilidad frente a la enfermedad.

La presente investigación parte de la concepción de que una evaluación actitudinal es el medio efectivo por el cual se puede conocer y llegar a predecir la conducta de las personas que posiblemente podrían tener frente a determinado objeto o grupo social.

Se debe tomar en cuenta que la actitud se define “ como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto”.(Rodríguez, 1986:19).

En este sentido, se ha considerado de manera substancial estudiar un aspecto que atañe a la salud del ser humano, que es la enfermedad del VIH/SIDA, desde una perspectiva integral, tomando en cuenta la evaluación de las actitudes en sus aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, para así obtener los conocimientos y la información necesaria, que permitan conocer el grado de aceptación o rechazo de los estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, frente a la enfermedad del VIH/SIDA, en la ciudad de Tarija, partiendo de la idea que la enfermedad es considerada como una amenaza para la humanidad y tomando en cuenta que la juventud se constituye en una etapa vulnerable para el desarrollo y propagación de la misma.

A su vez, los resultados del estudio permiten poder reflexionar y orientar las políticas de salud en el manejo de esta patología, como así también las políticas educativas y familiares en nuestra sociedad.

En su estructura, el presente documento está organizado en capítulos que reflejan el proceso de investigación realizado.

El **CAPÍTULO I**, donde se hace una previa descripción y contextualización de la problemática, se expone el planteamiento del problema y la justificación de la investigación, en este caso la problemática social de la actitud de rechazo o

aceptación hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

El **CAPÍTULO II**, se propone el objetivo general, los objetivos específicos, la formulación de la hipótesis, con su correspondiente conceptualización y operacionalización de la variable actitud.

El **CAPÍTULO III**, incluye la fundamentación teórica como uno de los elementos principales dentro de la investigación, los referentes teóricos del tema de estudio sobre los cuales se apoya el presente estudio, el cual se centra en el abordaje de las actitudes de los estudiantes universitarios hacia el VIH/SIDA.

El **CAPÍTULO IV**, describe la metodología utilizada es decir la parte operativa de la investigación, en la que se expone la manera cómo se ha realizado la misma. Se tipifica la investigación realizada, se determina la muestra fundamentada en una técnica de muestreo en base a la población de estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”. Asimismo se detalla el método, las técnicas e instrumentos utilizados, finalmente el procedimiento empleado para la recolección de datos.

EL **CAPÍTULO V**, contiene la presentación y análisis de los resultados expresados en cuadros y gráficos, ordenados en función de los objetivos planteados, los datos han sido analizados cualitativa y cuantitativamente, con el propósito de verificar o rechazar la hipótesis planteada.

El **CAPÍTULO VI**, presenta las conclusiones y recomendaciones finales, las primeras presentan una secuencia lógica y ordenada en función de los objetivos. En base a las conclusiones, están planteadas las sugerencias para nuestro medio y para futuras investigaciones que tomen o que se relacionen con el tema de estudio.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante los últimos 30 años, hubo importantes cambios en el comportamiento sexual de la población, en especial en los jóvenes, varones y mujeres. En los años cincuenta y comienzos de los sesenta, el sexo antes del matrimonio se consideraba un tabú y la mayoría de las y los jóvenes se comportaban de acuerdo a esta norma.

Las razones para abstenerse de tener relaciones sexuales antes del matrimonio eran que los y las jóvenes corrían el peligro de ser castigados si se descubrían sus conductas y por el riesgo de un embarazo no deseado. Desde los años 60, las normas y valores relativos a la sexualidad se modificaron y las relaciones sexuales de adolescentes, jóvenes y adultos son actualmente más aceptadas.

Desde la década de 1980, se comienza a conocer un nuevo problema de salud que afecta a la población mundial, “el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que rápidamente cobra gran cantidad de víctimas llegando a existir para finales de 1999, 18.8 millones de personas fallecidas por causa del virus”. (Enfermedades del SIDA, 2002 www.unaids.org/epidemic_update/report/).

Hoy el VIH se encuentra en los cinco continentes y se estima que hay más de 77 millones de personas de 15 a 49 años, que viven con VIH/SIDA, de los cuales 48% son mujeres. “La forma de transmisión más frecuente del VIH es por la vía sexual 92.1%, por transfusión sanguínea el 5.5% y por la vía perinatal el 2.4%”. (Transmisiones sexuales frecuentes, 2010 www.prb.org/Background_HIV_in_SSA

Con el fin de combatir el avance de la pandemia se han establecido diversas estrategias a nivel mundial orientadas a prevenir nuevas infecciones, como también el de atender los casos existentes y mitigar el impacto de la enfermedad en las comunidades.

Como sucede en el ámbito mundial, el modelo de transmisión del SIDA en Bolivia ya se ha modificado. Al inicio de la epidemia, el SIDA fue más frecuente en la

población homosexual, pero actualmente se observa una progresión constante de transmisión heterosexual. “Las personas infectadas y enfermas corresponden principalmente al grupo etareo de 20 a 49 años (89.3%), el 5.1% tiene menos de 20 años y el 5.5% entre 50 y 64 años”. (ONUSIDA Bolivia, 2010).

El primer caso de SIDA en Bolivia fue reportado en 1984; desde entonces las notificaciones aumentan de manera considerable cada año que pasa. Todos los departamentos de Bolivia declararon la presencia de personas infectadas con el VIH o enfermos con SIDA. “Basta ver que hasta septiembre del año 2009, se reportaron 4.628 personas portadoras, en el 2008 se detectaron 925 casos y se prevé que en los siguientes años exista un incremento del 30% de casos, con un estimado de 1200 personas infectadas por año. Se estima que para cada caso reportado existen 10 casos que no fueron diagnosticados”. La incidencia de casos acumulados de SIDA correspondientes al Departamento de Tarija está en un 7.1%, la tendencia en la prevalencia de casos en los últimos años es creciente en el departamento. (SEDES, 2009).

Un estudio cualitativo y cuantitativo en los municipios de La Paz, El Alto y Santa Cruz, establecen que el inicio de la actividad sexual se da entre los 14 y 16 años de edad, o sea, cada vez en edades más tempranas, y en nuestra región Tarija no se queda al margen de estas estadísticas ya que se puede ver que cada vez existen embarazos a temprana edad. (Información estadística en Bolivia [www.http://geocities.com/adoles2html](http://geocities.com/adoles2html)).

Otro aspecto a tener en cuenta es que muchos de los jóvenes durante sus primeras relaciones sexuales lo hacen sin protección, lo cual los vuelve vulnerables a contraer enfermedades de transmisión sexual y en muchos casos embarazos no deseados.

Normalmente, no se ofrece en el hogar, la universidad o la comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara, específica sobre las consecuencias del intercambio sexual. Por lo tanto, gran parte de la “educación sexual” que los jóvenes reciben viene a través de filtros desinformados.

En este contexto, no se debe olvidar que el joven universitario está continuamente sujeto a nuevas experiencias, a que sus conocimientos se encuentren en crecimiento y expansión, que está a punto de ingresar a una etapa de madurez con nuevos puntos de referencias, en este marco es inevitable que le ocurran cambios significativos en sus actitudes, lo cual definitivamente está expresado en sus conocimientos, sentimientos y comportamiento, por lo que es importante conocer la actitud que puedan tener frente a la enfermedad del VIH/SIDA.

Por otro lado, se conocen año a año denuncias de violación de los derechos humanos de personas que viven con el VIH, como por ejemplo: despidos en el trabajo, maltrato en centros de salud y hospitales, negación de entierro y violación del derecho a la confidencialidad, es decir revelar la identidad de una persona que vive con el virus. Frente a esto se presentan ciertas actitudes como “el rechazo y atención discriminatoria en los servicios médicos públicos y privados de personas que viven con el VIH/SIDA, abandono de sus familiares, amigos o conocidos más cercanos y el retiro injustificado de las fuentes de trabajo”. (UNAIDS, 2010).

Por lo tanto, es de mucha importancia elaborar un programa que ayude a disminuir las actitudes negativas hacia las personas con VIH/SIDA puesto que no es una problemática que se da a nivel local sino también a nivel nacional e internacional, y sobre todo abordar esta temática en la juventud, en los estudiantes universitarios, que actualmente se encuentran forjando un destino profesional, laboral, familiar, social, con expectativas, planes de vida, es decir jóvenes que tienen un futuro por delante y que al mismo tiempo serán profesionales con una determinada función social dentro de su contexto.

Todos estos aspectos, permiten formular el siguiente problema de investigación:

¿Qué actitud presentan los estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” frente a la enfermedad del VIH-SIDA, en la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación que tiene como variable de estudio las actitudes frente a la enfermedad del VIH/SIDA, tiene importancia ya que la actitud en sí, se presenta como una estructura psíquica completa, en la cual intervienen elementos cognitivos, afectivos y conductuales, pero principalmente, las actitudes permiten predecir conductas.

En este sentido la importancia de este estudio radica en el análisis de los conocimientos, sentimientos y conductas manifiestas en los estudiantes universitarios hacia la enfermedad del VIH/SIDA, y a partir de una evaluación diagnóstica proponer un programa de prevención para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA.

Se toma en cuenta a la comunidad universitaria, en este caso a los estudiantes por el hecho de mirar de manera objetiva la realidad en la que viven y preocuparse por el destino de estos jóvenes, debido a que la enfermedad del VIH/SIDA se da principalmente en la población joven (20 a 49 años) con un 89.3% de los infectados, y que además la forma mas común de contagio es por la vía sexual con un 92.1% y se prevé que se incremente año a año en un 30%, esto significa que los estudiantes universitarios constituyen en una población vulnerable para el contagio de la enfermedad del VIH/SIDA en este sentido es importante determinar los conocimientos y afectos que puedan tener los jóvenes universitarios frente a la enfermedad, para determinar su predisposición comportamental hacia la misma, es decir cómo reaccionarían ante la misma.

Por otra parte, la comunidad universitaria en su segmento de estudiantes universitarios, se constituye en población determinante sobre todo si se enfoca que en un futuro próximo se constituirán en profesionales con un determinado rol laboral y social, de servicio a su sociedad, cuyas actitudes en especial frente a la enfermedad del VIH/SIDA nos anticipan las posibles reacciones que puedan tener frente a la misma; a su vez no se debe dejar de lado que en el presente son integrantes y forman

parte de esta sociedad que también en su forma de reaccionar está determinada por actitudes.

Se debe enfatizar también que a nivel universitario no existe una información adecuada sobre esta temática en nuestro medio y sobre todo un estudio que tome en cuenta las actitudes y menos en el área universitaria, por lo que esta investigación toma en cuenta las características sociales que ha ido adquiriendo la enfermedad del VIH/SIDA, por los problemas de convivencia, rechazo social, aislamiento, acoso verbal, discriminación y todas las actitudes que generan situaciones de tensión y violencia a la que se ven sometidas las personas portadoras de esta enfermedad, realidad que no es ajena para los universitarios.

En este sentido la presente investigación es importante por:

Tiene justificación **teórica**, puesto que el fin que persigue la investigación es el de brindar información teórica, científica y actualizada acerca del tema, es decir pautas comportamentales, emocionales y cognitivas en relación al tema, considerando que en la actualidad, las formas de actuar, sentir y pensar de las personas son diversas y varían de una cultura a otra, por lo que el estudio se constituirá en una fuente de conocimiento en nuestro medio del tema de actitud frente a la enfermedad del VIH/SIDA de los estudiantes universitarios.

A su vez, desde este punto de vista se genera beneficios informativos válidos y confiables a instituciones, padres de familia, docentes y autoridades universitarias en conjunto; los cuales a partir de los resultados obtenidos podrán adoptar políticas de prevención, y educación enmarcadas a la realidad en que viven los jóvenes universitarios, es decir, cooperar con el desarrollo integral para una sexualidad sana y placentera, sin tabúes ni castigos, lo cual coadyuvará a la formación de los estudiantes universitarios, promoviendo actitudes positivas frente a la prevención y atención de la enfermedad del VIH/SIDA.

Por otra parte, la información científica obtenida permitirá tener una guía para elaborar estrategias a favor de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA en la ciudad de Tarija, con lo que se aportará al principio de igualdad de derechos, permitiendo a todos los ciudadanos las mismas oportunidades.

Desde el punto de vista **metodológico**, la investigación genera la aplicación de un nuevo instrumento de investigación para lograr un conocimiento válido y confiable dentro del área socioeducativa, como lo es la escala de actitud frente a la enfermedad del VIH/SIDA elaborada para este fin.

Por otra parte, la investigación no concluye con un diagnóstico de la realidad sino que a partir del mismo se ha elaborado una propuesta para ser trabajada con los jóvenes universitarios que forman parte del estudio, dejando así un procedimiento técnico que aborde la actitud de los estudiantes en sus componentes cognitivo, afectivo y conductual, partiendo de la idea de que hoy en día se pueden prevenir, disminuir y eliminar las actitudes negativas hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

En cuanto a su alcance, esta investigación abre nuevos senderos para que personas e instituciones interesadas en la realización de este tipo de trabajos y temáticas que aquí se plantean, sirva como marco referencial.

2.1. PROBLEMA CIENTÍFICO.

¿Cuál es la actitud de los estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” frente a la enfermedad del VIH-SIDA, en la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS.

2.2.1. Objetivo General.

Determinar la actitud de los estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” frente a la enfermedad del VIH/SIDA, en la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos Específicos.

- Determinar los conocimientos que tienen los estudiantes universitarios.
- Analizar los sentimientos de los estudiantes universitarios.
- Describir las conductas de los estudiantes universitarios.
- Proponer un programa psicoeducativo para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA.

2.3. HIPÓTESIS

Los estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” presentan una actitud negativa frente a la enfermedad del VIH/SIDA, caracterizada por conocimientos negativos, sentimientos de indiferencia y una tendencia comportamental negativa.

2.3.1. Conceptualización de la Variable

La actitud es una organización duradera de creencias, opiniones y cogniciones en

general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.

2.3.2. Operacionalización de la Variable.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Actitud frente a la enfermedad del VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Componente Cognitivo: Opiniones, creencias y conocimientos 	Muy de acuerdo De acuerdo Indeciso En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	Conocimiento: Positivo Neutro Negativo
	<ul style="list-style-type: none"> Componente Afectivo: Sentimientos y emociones 	Mucho agrado Agrado Indiferente Desagrado Mucho desagrado	Sentimientos de: Aceptación Indiferencia Rechazo
	<ul style="list-style-type: none"> Componente Conductual: Conductas manifiestas 	Definitivamente sí Sí Indeciso No Definitivamente no	Predisposición comportamental Positiva Intermedia Negativa

El presente capítulo está estructurado de tal manera que pretende ser una base teórica sobre la cual se sustenta la investigación, serán tomados en cuenta los aspectos más importantes los cuales coadyuvarán a comprender a cabalidad el trabajo de investigación.

Para su mejor comprensión, el documento está dividido en diferentes partes. En la primera se hace referencia a la juventud, sus características generales como también a su desarrollo. En la segunda parte se aborda la enfermedad del VIH/SIDA, sus manifestaciones clínicas, su forma de transmisión, relacionando la conducta sexual y el SIDA, para finalizar con el SIDA en Bolivia como así también en su juventud. Por último, la tercera parte está conformada por el tema de la actitud, su definición, componentes, importancia, función, cambio de actitud y finalmente la medición de la actitud.

3.1. JUVENTUD: CARACTERÍSTICAS GENERALES

Se puede decir, que la juventud es una etapa más de la adolescencia en el cual la persona consolida su ingreso a la sociedad. En un concepto mejor estructurado se dice que *“la juventud es el periodo caracterizado por una relativa independencia emocional, social y económica de los adultos que abarca sobre todo los años destinados al estudio universitario, o a la adquisición de un oficio y los primeros años de vida profesional”* (Guerrero, R., 2007:190)

De los diferentes autores dedicados al estudio de las etapas evolutivas de los seres humanos, existe una variabilidad en cuanto al periodo que abarca esta etapa, siguiendo al autor antes mencionado se puede decir que esta etapa abarca entre los 18 y 25 años relativamente.

A medida que el conocimiento va madurando en la mente del joven, la interacción con el grupo de pares alcanza el máximo nivel más que en cualquier etapa de su vida, ya que el control paterno ya no es tan drástico como en las anteriores etapas y no

existe ningún tipo de disconformidad entre los sexos, le permite relacionarse confiadamente en un plano de igualdad y trabajo mutuo. Es aquí donde su comportamiento es demostrado en base a todos los conocimientos y experiencias anteriormente introyectadas.

Es importante conocer algunas características que se van estableciendo en el desarrollo del individuo, en esta etapa. Se establece ciertos rasgos en el desarrollo comprendida entre la infancia y la edad adulta, los cuales son:

➤ **El desarrollo orgánico.**

El joven modifica formas y funciones del cuerpo, el cual se va transformando paulatinamente en adulto.

➤ **El desarrollo social.**

El joven hacia la independización del hogar paterno y el familiarizarse con nuevas relaciones sociales es un proceso natural, radica en la propia naturaleza humana.

Frente a los demás, el joven actúa responsablemente, es decir, haciendo uso de su libertad es capaz de responder a cada uno de sus actos, de tener conciencia de lo que dice y hace en orden a la realización del proyecto de vida. Esto significa que el joven asume la vida como tarea, es consciente de su solidaridad con los demás, está convencido que su vida es para los demás y está abierto a nuevas responsabilidades.

El joven va concluyendo la emancipación de la familia mientras que se abre cada vez más a múltiples relaciones sociales. Descubre las ideologías y se orienta por un ideario político, pero también entra en conflicto ante diversas pretensiones totalizantes que lo llevan a relativizar todo.

➤ **El desarrollo espiritual.**

A diferencia de los dos anteriores, no es un proceso natural, es un proceso cultural que se despliega en el juego conjunto de autoeducación y educación receptiva, con

dificultades y esfuerzos orientados a conseguir la perfección. Precisando, además, de la maduración de funciones fundamentales como son las intelectuales, emocionales y volitivas; esto tomará un adulto autónomo con valores y valoraciones, ideas e ideales orientados en un orden axiológico.

➤ **Desarrollo sexual.**

La sexualidad del joven no es sólo un fenómeno psico-fisiológico, sino también socio – cultural. Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el joven determinan en gran parte su actitud y comportamiento psicosexual.

Todos los jóvenes en un momento dado se preocupan más o menos de su desarrollo sexual pero de ello no hablan espontáneamente sino en un clima de gran confianza. La tensión sexual que tiene todo joven es el resultado de tres tipos de estimulantes que operan de forma compleja: La acción del mundo exterior, la influencia de la vida psíquica y la acción del organismo.

- **Determinantes Individuales**

Estos determinantes tienen un papel fundamental en la vida social del individuo en las diferentes situaciones vividas por este. Estos determinantes individuales en el joven son: Personalidad y autoconcepto, motivación y participación, procesamiento de información, aprendizaje, memoria y actitudes.

3.1.1. Factores que Influyen en la Conducta Sexual

Entre algunos factores se puede indicar:

- **Tendencia a Imitar el Modelo de Conducta sexual.**

Actualmente es muy frecuente la utilización del sexo con fines comerciales en los medios de comunicación, lo que induce a la práctica sexual y transmite una imagen alterada de la conducta sexual, basada en la violencia, el sexo como mero divertimento y el sexo “sin culpabilidad”.

- **Mayor libertad sexual.**

Preocupa el hecho de que la mayor libertad sexual de que gozan los jóvenes en nuestra sociedad puede estar favoreciendo el inicio muy precoz de la actividad sexual. Se ha comprobado que tanto la educación en un ambiente familiar muy permisivo, como en una familia con normas muy rígidas o autoritarias conduce a una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales.

Los hijos de padres moderados en cuanto a sus pautas educativas y que dosifican la libertad de acuerdo con la edad de sus hijos, son los que inician más tarde las relaciones sexuales. Por otro lado, se ha observado una asociación entre inicio precoz de relaciones sexuales y una mayor incidencia de problemas ginecológicos y psicosociales en la vida adulta (actitud negativa hacia su propio cuerpo, conductas fuera de norma, fracaso en los estudios, etc.).

3.1.2. Actitudes y Valores Sobre el Comportamiento Sexual.

La decisión de los jóvenes de tener relaciones sexuales cuando se sienten atraídos por alguien dependerá de parámetros como: expectativas sobre el nivel de estudios y sus actitudes y valores respecto a la sexualidad, que pueden a su vez estar influenciados por las actitudes familiares y culturales.

En un reciente estudio, basado en modelos de regresión múltiple, Werner (2005) demuestra que *“las actitudes sexuales en la mujer están más influenciadas por factores familiares (comunicación con los padres, participación de éstos en la educación sexual, etc.), mientras que en los hombres está más influenciada por factores individuales (edad, religión, autoestima, etc.). En general, la mujer tiene una sexualidad menos centrada en los aspectos genitales que el hombre y valora más los aspectos de relación”*. (Hurlock, E., 1980: 86-87)

3.2. EL VIH/SIDA

EL síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es hoy propósito de

investigación científica mundial. Todos hablan del SIDA y la gran mayoría lo hace bajo una premisa equivocada. Se sigue pensando, y es una concepción que debemos erradicar, que el SIDA es una enfermedad exclusiva de un grupo social y muy particularmente de hombres homosexuales, a quienes se les ha etiquetado de "grupo de Alto Riesgo"

El agente causal del SIDA es un virus descrito por primera vez en 1981 y aislado en 1984 identificada con la sigla VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Analizando cada una de las palabras que forman la sigla SIDA. Tenemos:

SÍNDROME.- Es un conjunto de síntomas que configuran un cuadro clínico y siguen el mismo proceso fisiopatológico.

INMUNO.- Proviene de inmunidad, es decir la capacidad de respuesta del cuerpo para contrarrestar el ataque de un agente agresor (bacterias, hongos, virus, etc).

DEFICIENCIA.- Asociada a la palabra anterior; el sistema inmunológico de la persona es incapaz de defenderse correctamente.

ADQUIRIDA.- Indica que la diferencia inmunológica no se debe a causas genéticas, sino que la contrajo durante su vida extrauterina.

Por lo que el **SIDA** es una alteración permanente e irreversible del estado de salud, *“cuya causa se asocia a determinados hábitos, prácticas y estilo de vida; es una enfermedad debida a la destrucción progresiva del sistema inmunitario por un virus”*. (Olideshare, 2008).

3.2.1. El Origen del Virus del SIDA

Según un estudio publicado en la revista Nature (1998) pudo haberse identificado la fuente original del VIH-1 en una subespecie de chimpancés que habita el oeste de África ecuatorial. Hasta la publicación de este estudio, el origen del VIH-1 estaba confuso aunque la fuente en primates del VIH-2 ya se había identificado (cercobebus

atys), y se sabía que algunos chimpancés son portadores del virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIV), algunos de éstos aislados de SIV eran tan diferentes del VIH-1 que aunque se sospechaba una relación entre ellos ésta no había podido confirmarse (sólo se habían descrito tres casos de chimpancés infectados con virus similares al VIH-1 de ellos, sólo uno de los virus estaba débilmente correlacionado con el VIH-1).

Los autores del estudio de la revista Nature, identificaron un cuarto chimpancé infectado con una variedad del virus de la inmunodeficiencia de los simios (SIVcpz), y utilizaron esta oportunidad para examinar mediante análisis molecular y sofisticadas técnicas genéticas a los aislados de virus hallados en los cuatro chimpancés y a los mismos primates. Los aislados de virus fueron comparados con varios aislados de VIH-1 extraídos de humanos.

Los investigadores determinaron también la subespecie a la que pertenecían los chimpancés infectados con el SIVcpz tres de ellos eran primates de la subespecie "Pan troglodytes troglodytes", mientras que el chimpancé infectado con un tipo de virus más lejano al VIH-1 pertenecía a la subespecie "Pan troglodytes schweinfurthii".

Los resultados del estudio demostraron que los tres aislados de la subespecie "Pan troglodytes troglodytes" se parecían mucho a los diferentes subgrupos del VIH-1 el subgrupo M (responsable de la epidemia) y los subgrupos N y O (que se localizan preferentemente en África ecuatorial). La investigación también reveló que alguno de los aislados eran resultados de recombinaciones genéticas en los chimpancés antes de infectar a los humanos. Es significativo que el hábitat natural de estos chimpancés coincide con las pautas de la epidemia por VIH-1 en esta parte de África.

3.2.2. Transmisión al Ser Humano

Tomando todos estos datos en consideración, los autores concluyen que la subespecie de chimpancés "Pan troglodytes troglodytes" ha sido la fuente de al

menos tres casos independientes de transmisión viral entre especies, de chimpancés a humanos. El estudio teoriza que el VIH-1 puede haberse introducido en humanos cuando cazadores de chimpancés se expusieron a sangre de chimpancés infectada: además, señalan que los humanos pueden encontrarse aún en riesgo de transmisión de diferentes virus desde los chimpancés, dado que la caza de estos animales para destinar su carne al consumo humano, es una práctica habitual en el oeste de África ecuatorial.

Por otro lado, según un estudio publicado en febrero de 1998 en la revista Nature, la muestra documentada más antigua del virus causante del SIDA procede de un análisis de sangre realizado en 1959 y podría tratarse de un antepasado común del VIH-1; los autores del estudio señalan que el análisis genético sugiere que dos de los principales subtipos del VIH-1, y posiblemente todos ellos, se desarrollaron a partir de una familia única que afectó a la población africana. Los científicos descubrieron evidencias del VIH en una muestra de sangre que le fue tomada en 1959 a un bantú habitante de la actual República Democrática del Congo.

El virus de esta muestra fue identificado como VIH-1, pero el material genético, al estar muy degradado, complicaba su comparación con otros tipos conocidos del VIH. Se determinó que era, probablemente, un antepasado común de los dos principales subtipos del VIH-1, el B y el D. Los investigadores piensan que, dado que se cree que el VIH cambia con una progresión constante, el virus contenido en la muestra es probable que pasara de los monos al hombre en los 10 a 20 años anteriores (en la década de 1940 o a principios de 1950, unos 10 o 20 años antes de lo que se había pensado con anterioridad) y que posiblemente los principales subtipos del VIH-1 se desarrollaron en la especie humana a partir de este virus común y no a partir de contactos con monos que tuviesen diferentes variantes del virus.

Un nuevo estudio publicado en la revista Science en junio de 2000, sin embargo, adelanta la fecha de transmisión del virus a los seres humanos. Los autores calculan que la mejor estimación para localizar el ancestro común del VIH-1 es a principio de

la década de 1930, lo que implicaría que la transmisión a los humanos se hubiera producido con anterioridad, posiblemente en el siglo XIX o principios del XX. También es posible que el virus infectara a los humanos alrededor de 1930 y a partir de entonces comenzara a expandirse.

En todo caso la expansión del virus habría sido lenta ya que *“el VIH existía en humanos desde 1930-1950 pero no se generalizó hasta 1970, la epidemia habría explotado en los años 50 y 60, coincidiendo con el fin del colonialismo en África, varias guerras, el crecimiento de grandes ciudades en África, la introducción de programas de vacunación generalizada en el continente (con la reutilización deliberada o accidental de agujas), y el crecimiento de los viajes desde y hacia África”*. (*Healthsystem, 2000*).

3.2.3. Diferencia entre VIH y SIDA

Con frecuencia, se escucha hablar de la infección por VIH y del SIDA. El estar infectado con VIH significa que uno ha estado expuesto al virus y que no es definitivo que vaya a desarrollar la enfermedad, el paciente puede permanecer sin síntomas, o sea ser portador asintomático por mucho tiempo.

Es fundamental resaltar que con el avance de los tratamientos se puede vivir saludablemente con el VIH toda la vida, en cambio *“el SIDA es la etapa avanzada de la infección por VIH con la presencia de síntomas que se producen cuando el sistema inmunológico se deteriora y deja de funcionar en forma eficaz, desarrollando enfermedades llamadas oportunistas debido a que se ha perdido la capacidad de defensa en el organismo para combatir contra los distintos agentes que causan enfermedades”*. (*Nature, 1998*)

3.2.4. Manifestaciones Clínicas

No todos los pacientes infectados con el virus VIH tienen sida. El criterio para diagnosticar el sida puede variar de región en región.

Período de incubación. Es el tiempo que transcurre entre el contacto con un agente infeccioso y la aparición de los primeros síntomas, es muy variable en el SIDA y se extiende desde algunos meses hasta doce años. El período de incubación promedio es de dos a tres años.

Una vez contagiada, puede desarrollarse la enfermedad de varias formas: un pequeño grupo, llamados portadores asintomáticos no presentan manifestaciones clínicas aparentes, pero son transmisores de la enfermedad; otra gran mayoría de los enfermos presentan entre los 13 y 14 días que siguen a la inoculación del virus, un cuadro agudo y pasajero muy parecido a una infección gripal con fiebre. Dolor de cabeza, muscular y articular e inflamación de los ganglios de las axilas, cuello e ingle.

Posteriormente, después de un período variable da hasta 6 meses, el enfermo puede evolucionar presentando un cuadro asintomático portando el virus y desarrollando cuadros clínicos intermedios caracterizados por evolucionar de las siguientes formas:

- a) ***Síndrome de Linfadenopatías***, que consisten en la inflamación de los ganglios linfáticos mayores de un centímetro de tamaño, en dos localizaciones extrainguinales (axila, cuello, codos, etc.), por un período de 3 meses. El enfermo presenta, además, prueba positiva para el virus (serología positiva para VIH).
- b) ***Complejo relacionado con el SIDA (ARC)*** que consiste en sudores nocturnos, fiebres intermitentes por períodos mayores de 3 meses, pérdida de peso superior al 10%, diarreas durante más de un mes sin causa aparente e inflamación de los ganglios.

Por otra parte quienes desarrollan plenamente la enfermedad se caracterizan por desarrollar enfermedades malignas poco frecuentes y por ser presa fácil de ciertos microorganismos (hongos, parásitos, bacterias y virus) que en los enfermos desencadenan cuadros clínicos diseminados y fulminantes, debido a la deficiente defensa inmunológica que presenta.

El diagnóstico del VIH consiste en la realización de pruebas en líquidos corporales como sangre, saliva y orina para determinar la presencia del virus. También se aplica la técnica inmunoabsorbente con participación de enzimas que es la conocida prueba o test de ELISA, *“el cual es repetidamente positiva que da paso para confirmar con una prueba más específica para VIH, como la Western Blood que son los dos métodos hasta ahora conocidos para detectar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)”*. (<http://www.Institute Biological Research VIH/SIDA>, Julio 2004.)

3.2.5. Transmisión del VIH/SIDA

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es el virus que causa el SIDA. Este virus puede ser transmitido de una persona a otra cuando la sangre, semen o secreciones vaginales infectadas entran en contacto con las membranas, mucosas o lesiones en la piel de una persona no infectada. Las mujeres embarazadas, que tienen el virus, también pueden pasar el VIH a sus bebés durante el embarazo o el parto, así como durante la lactancia materna. Las personas con VIH tienen lo que se conoce como infección por el VIH. Algunas de estas personas contraerán el SIDA como resultado de esta infección.

El virus se transmite de una persona “infectada” a otra persona y es posible en todas las fases de la infección. Aunque no presente ningún signo de la enfermedad, la persona infectada por el VIH, puede transmitir el virus. En la práctica, existen tres modos de transmisión del VIH:

a) Transmisión sexual

- El virus se encuentra en las secreciones genitales de los sujetos infectados, asintomáticos o enfermos. En el hombre se encuentra en el semen, pero también en las secreciones prostáticas que se producen antes de la eyaculación, como el

líquido pre-eyaculatorio. En la mujer en las secreciones del cuello uterino y de la vagina.

- En la práctica, la infección se produce cuando estas secreciones entran en contacto con las mucosas de la pareja (mucosa genital, anal o bucal). El virus no atraviesa la piel sana.
- Las relaciones sexuales que favorecen las lesiones e irritaciones aumentan el riesgo de la transmisión.
- Las relaciones anales son las más infecciosas, porque son más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal.
- El riesgo de la transmisión es mayor de hombre a mujer que de mujer a hombre. El riesgo aumenta si la mujer tiene la regla.
- Una sola relación puede transmitir el virus, pero multiplicar el número de relaciones aumenta el riesgo de contagio.
- Las relaciones sexuales entre mujeres pueden involucrar la exposición oral o por otra vía a la mucosidad vaginal, rectal y anal; estas prácticas causan irritación, sangramiento y lesiones a los tejidos.

b) Transmisión parental o sanguínea

Que puede darse en los siguientes casos:

- Por transfusiones sanguíneas y/o hemoderivados (de sangre no analizada).
- A través de semen para inseminación artificial, tejidos u órganos contaminados.
- Por intercambio de máquina de afeitar.
- Por hacerse tatuajes en un lugar que no cumpla con normas de higiene básica.
- Mediante el uso de jeringas y agujas infectadas, en el caso de los drogadictos

que utilizan drogas intravenosas.

- En el intercambio de elementos corto punzantes que contengan sangre contaminada.

Hoy, la posibilidad de infectarse por una transfusión de sangre es excepcional, por que los controles a los que se someten las donaciones son muy rigurosos, por otro lado, es poco probable infectarse al donar sangre por que el material utilizado es desechable. Existen casos aislados de transmisión por sangre y fluidos corporales por exposición accidental del personal de salud.

c) Transmisión vertical de la madre al feto o perinatal

La transmisión madre-hijo es el principal mecanismo de adquisición del VIH, para los niños. *“Una mujer embarazada con el VIH, tiene una probabilidad sobre tres de dar a luz a un niño infectado, quien a su vez tendrá altas probabilidades de desarrollar la enfermedad en los primeros años de vida”.* (Healthystem, 2009).

- La transmisión puede ocurrir en el útero o durante el parto.
- A través de la leche materna durante la lactancia, es decir, por vía perinatal, como también se ha reportado la transmisión de la madre al niño durante la lactancia, por lesiones en el pezón.
- En algunos casos, es posible disminuir la transmisión madre-hijo mediante el tratamiento con antirretrovirales a la mujer embarazada y al recién nacido.

3.2.6. Formas de No Transmitir el VIH

Fuera de los mecanismos de transmisión conocidos e identificados el VIH no puede transmitirse de alguna otra forma.

El VIH se ha encontrado en diferentes líquidos corporales como la saliva, lágrimas, sudor, orina, pero su presencia, quizás por su baja cantidad, no ha permitido constatar que permita la transmisión por besos, agua, ropa interior, etc. *“No existe ningún riesgo en el caso de objetos impregnados de saliva (cucharas, vasos, etc.), tampoco hay riesgo en ser salpicado por gotitas de saliva de un enfermo”*. (Youngwomenshealth, 2008).

- El VIH no se transmite mediante el aire, la tos o estornudos.
- El VIH no se transmite por compartir cubiertos, vasos o platos o por el uso de baños públicos, asientos de inodoro, piscinas, estrechar la mano, besar y tocar.
- El VIH no se transmite por animales (perros o gatos y/o mosquitos).
- El VIH no se transmite si una persona es sana y dona sangre.

Por lo tanto la proximidad de una persona con el VIH no supone ningún riesgo. En las relaciones laborales normales no existen riesgo de transmisión, por lo que no existen razones para excluir a una persona con el VIH de su trabajo, siempre que mantenga una actitud responsable frente a los demás, es suficiente con tomar las medidas de higiene general.

Los niños infectados por VIH en ningún caso deben ser considerados diferentes a los demás; no pueden contagiar a sus compañeros, aunque compartan los mismos alimentos o jueguen juntos, por tanto no existe ningún riesgo en los contactos habituales con sus amigos, maestros y familiares. Las personas que tienen el VIH pueden llevar una vida familiar y profesional normal.

3.2.7. Conducta Sexual y SIDA

Entre las conductas sexuales consideradas riesgosas en la transmisión del SIDA suelen mencionarse las relaciones sexuales extramaritales, que suponen riesgo

potencial de infección para el compañero monógamo. Es potencialmente riesgoso el coito anal, conducta que se considera particularmente rara en la población heterosexual, cuestión que parece formar parte de un estereotipo cuyas consecuencias reales no son del todo confiables.

Según Gardner y Wilcox (1993: 975) "...esta conducta sexual no es nada rara entre adolescentes y adultos heterosexuales. También supone gran riesgo el sexo con prostitutas, aun cuando parece que la transmisión del VIH es mucho más común de macho a hembra que al revés". Otro factor de riesgo es la interacción entre grupos de orientación sexual distinta, especialmente drogadictos intravenosos y homosexuales. Finalmente, los contactos sexuales durante visitas a ciudades con alta prevalencia del VIH es otro factor de riesgo.

3.2.8. Grados de Riesgos en la Transmisión del VIH en las Prácticas Sexuales

Hay distintos grados de riesgo en la transmisión del VIH dependiendo de las prácticas sexuales que se realicen. *"El coito anal sin protección es la práctica sexual de mayor riesgo, ésta produce lesiones en las mucosas; es por esto que los homosexuales son los más afectados, pero las mujeres que también lo practican, corren el mismo riesgo". (Inegi, 2008).*

Los riesgos más frecuentes son:

Alto riesgo: penetración vaginal y anal.

Riesgo posible: relaciones orales, pueden transmitir el VIH, si hay lesiones de las dos zonas.

Sin riesgo: caricias, masturbación entre la pareja, besos profundos, masajes, etc. no transmiten el SIDA siempre que no existan lesiones que puedan poner en contacto

sangre contaminada con lesiones del eventual receptor.

3.2.9. El VIH/SIDA en Bolivia

Según datos proporcionados por el Programa Nacional de VIH/ITS/SIDA la situación muestra que desde la divulgación del primer caso de SIDA en el país, ocurrida en 1.984, *“hasta los últimos reportes a septiembre 2008 se han registrado 3.588 personas con VIH/SIDA, de las cuales: 31.6 por ciento son casos de SIDA, 68 por ciento personas VIH positivas. Se estima que para cada caso reportado existen 10 casos que no fueron diagnosticados”*. (Programa Nacional de VIH/ITS/SIDA. 2008, <http://www.com/asp/enft.asp>)

De los casos reportados desde 1984 hasta el 2004 (1.460), 254 han fallecido, lo que determina una letalidad del 18 por ciento durante 20 años, en 11 años de la epidemia, se ha modificado la cantidad de mujeres infectadas con la relación de dos hombres por cada mujer.

La estructura demográfica de nuestro país, con una población predominantemente joven, en la que el grupo de 15 a 49 años representa casi el 40% del total de la población del país (según proyecciones INE para el año 2005), sumado a la escasa educación sexual, barreras culturales, y concepciones erróneas sobre el SIDA incide en el elevado riesgo que tiene este grupo de población, comprobado en los registros de notificación, en los cuales el 85% de los casos estaban comprendidos entre los 20 y 49 años de edad.

Por medio de relaciones sexuales se han transmitido el 89% de la población infectada, por vía parenteral o sanguínea 1%, mientras la transmisión perinatal, de madre a hijo, se sitúa alrededor al 2.1% y finalmente el 7.9% corresponde a causas desconocidas.

3.2.10. Riesgo y Vulnerabilidad del VIH/SIDA

En la década de 1980, cuando el VIH/SIDA fue identificado por primera vez, las autoridades de salud pública pensaron que podrían detener su propagación informando a la población sobre la forma de transmisión del virus y la manera de evitar el contagio, y protegiendo los suministros de sangre.

Sin embargo, a finales de la década de 1980, cuando la epidemia aumentó y empezó a atacar no sólo a los grupos con conductas de alto riesgo sino también a la población general, especialmente a los marginados y a los pobres, los profesionales de la salud pública se dieron cuenta de que necesitaban entender mejor las causas de la infección individual, así como los factores determinantes generales de la pandemia. Sabían que la transmisión del VIH estaba vinculada a conductas de riesgo específicas, pero también comprendían que dichas conductas estaban influenciadas por factores sociales que determinaban la vulnerabilidad de las personas a la infección.

En todo el mundo, el coito es la forma más frecuente e importante de transmisión de la infección por VIH. A causa de los tabúes sociales y del hecho de la conducta sexual y la comunicación al respecto, es un asunto delicado. Siendo que las autoridades de salud pública y los educadores a menudo afrontan graves problemas en sus actividades de prevención y control, sobre todo cuando se trata de jóvenes de 10 a 24 años.

Teniendo en cuenta que la principal vía de transmisión del VIH, en nuestro país, es la vía sexual, es necesario recordar que la conducta sexual es en gran parte aprendida, es decir, es un producto sociocultural que evoluciona con el ser humano reflejando la ideología de diversos momentos históricos por los que pasa la humanidad.

3.2.11. El VIH/SIDA y los Jóvenes

El descuido en la educación afectivo-sexual de los jóvenes se perfila sin duda, como una de las causas más importantes de la frecuencia con que se llevan a cabo conductas sexuales de riesgo, siendo esta etapa, clave en el comienzo de las relaciones sexuales. A pesar de que algunos sectores de la sociedad prefieren pensar que las relaciones sexuales sólo se inician a partir de la mayoría de edad, los datos sobre la prevalencia del SIDA y de embarazos no deseados muestran claramente que esto no es así.

Actualmente se presume que los jóvenes, tienen información acerca del SIDA y saben cuáles son las conductas de riesgo y las conductas seguras; pero a la hora de la verdad, muchos se encuentran con numerosos obstáculos y dificultades para realizar una conducta sexual determinada. *“La tasa de infección por el VIH se está incrementando rápidamente. El 20% de los casos de SIDA se dan alrededor de la segunda década de la vida y probablemente contrajeron el virus durante su adolescencia”.* (DELVAL Juan, 1994 *“Informaciones sobre el SIDA <http://www.com/asp/SSA>*).

3.2.12. La Juventud en Situación de Riesgo

En algunas partes del mundo la proporción de la población adulta total que vive con el VIH/SIDA se ha estabilizado o ha empezado a disminuir, pero esa buena noticia puede estar ocultando una verdad desagradable; los casos nuevos de infección en los grupos de edad más jóvenes no disminuyen o incluso aumentan paralelamente a la disminución de la proporción global de seropositivos.

Desde el principio de la epidemia, se estima que 3,8 millones de menores de 15 años se han infectado por el VIH y que 2,7 millones han fallecido. Más del 90 por ciento de esos niños han contraído el virus a través de sus madres seropositivas, durante el embarazo, parto o lactancia. En casi todo el mundo, la mayoría de los casos nuevos de infección se dan entre muchachos entre 15 y 24 años, cuando no más jóvenes. En

un estudio realizado en Zambia, más de 12 por ciento de las adolescentes de 15 y 16 años examinados en consultorios de atención prenatal estaban ya infectados por el VIH.

No cabe duda de que en todo el mundo hay jóvenes que adoptan comportamientos sexuales arriesgados. Entre los y las jóvenes, el incremento de enfermedades de transmisión sexual registrado en diferentes partes de todo el mundo apunta a que mantienen relaciones sexuales sin protección (uso de preservativo).

En ocasiones, los jóvenes conocen los riesgos asociados al sexo sin protección, pero no creen que el SIDA les afectará. En muchos países, sin embargo, los jóvenes ven negado su acceso a la educación sobre el VIH, incluidos los comportamientos seguros, o no pueden comprar preservativos o acudir a ambulatorios de atención contra las enfermedades de transmisión sexual. Ello se debe por lo general a que los adultos de mayor edad creen que esa educación y esos servicios incitan de hecho a los jóvenes a aumentar su actividad sexual.

En realidad, según un estudio de ONUSIDA basado en datos de cuatro continentes, *“una educación sexual de buena calidad contribuye a retrasar las primeras relaciones íntimas y se traduce en niveles más bajos de embarazos y de ETS entre los jóvenes”*. (Marquez, Phillippi, 1995 <http://www.información.com.bo/search?client=firefox>)

3.3. LAS ACTITUDES

El estudio de las actitudes es fundamental si se quiere llegar a conocer las creencias, opiniones, sentimientos y la predisposición conductual de las personas hacia algún objeto social específico. La actitud es un buen predictor de conducta, ya que mediante ella se puede saber que conducta manifestará un individuo frente a un determinado objeto social.

El estudio de las actitudes se convierte en algo fundamental, ya que en general ellas

son relativamente permanentes, por lo cual pueden ser estudiadas, medidas y empleadas para predecir acciones. Por otra parte, las actitudes sociales desempeñan funciones específicas para cada una de las personas. Además, las actitudes sociales constituyen una noción que se encuentra relacionada con aspectos de la conducta y con aspectos cognoscitivos.

La actitud es la estructura mental aprendida con respecto a algún objeto social vinculado a pensamientos, sentimientos y conductas. A través de ello se diferencia lo agradable y desagradable, por tanto son afinidades y aversiones hacia objetos, situaciones o personas. Las actitudes pueden llegar a ser aceptadas o rechazadas, pero lo más importante es que las actitudes influyen en la conducta, es decir que las acciones de la gente son creencias que reflejan sus sentimientos hacia objetos y problemas relevantes.

Las actitudes son predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y conductas, factores que se interrelacionan entre sí.

Las opiniones son ideas que posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva, por su parte los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan hacia un objeto, sujeto o grupo social y las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios.

Allport, (1987) define: *“Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden”*.

Rodríguez (1986) define: *“la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un*

objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto”.

La actitud expresa las opiniones, sentimientos y/o intenciones de comportamientos ante un objeto o una situación; y esto se da por la motivación social que predispone la acción. A la vez, existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas.

El concepto de actitud es básico en dos campos, en la psicología social y en la teoría de la personalidad. El psicólogo Gordon W. Allport se interesó por la investigación de las actitudes sociales, pero empezó a cobrar importancia en la teoría de la personalidad con la publicación “El miedo a la libertad” de Erick Fromm.

De todos los conceptos que la psicología social tiene de las actitudes, el propuesto por Rodríguez integra todos los componentes teóricos de las actitudes desarrollados por la psicología social. Rodríguez supone a la actitud como una unidad compuesta de tres componentes implícitamente unidos el uno con el otro: cognitivo, afectivo y conductual.

“...Podemos definir la actitud social es una organización duradera de creencias, opiniones y cogniciones en general dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto” (Rodríguez, 1980:356).

Se pueden sintetizar los elementos esencialmente característicos de las actitudes sociales como:

- La organización duradera de opiniones, creencias, y cogniciones en general.
- La carga afectiva a favor o en contra.

- La predisposición a la acción.
- La dirección a un objeto social.

3.3.1. Formación de la Actitud

La formación de la actitud puede estar en función de los diversos tipos de motivación. Todas las actitudes tienen una base funcional, surgen y se mantienen porque satisfacen las pautas básicas de motivación de las personas.

A continuación, se indican factores que influyen en la formación de la actitud y que predispone al individuo a determinado tipo de conducta. Existen tres procesos de influencia social en la formación de las actitudes y éstas son:

- Aceptación, cuando una persona acepta la influencia de otra.
- Identificación, cuando una persona adopta una conducta que se deriva de otra persona o grupo.
- Internalización, cuando una persona acepta una influencia; porque es congruente con los valores que presenta la persona. La mayoría de las veces las actitudes se regirán o cambiarán en función de una combinación de dichos tipos de influencias, aunque una de ellas puede tener más peso que otras.

3.3.2. Teorías de la Formación de las Actitudes

Se pueden distinguir distintas teorías sobre la formación de las actitudes; éstas son las que se consideran importantes:

a) Teoría del aprendizaje

Esta teoría parte del supuesto que cuando aprendemos recibimos nuevos

conocimientos a partir de los cuales intentamos desarrollar ideas, (cogniciones) sentimientos y conductas asociadas a estos aprendizajes y congruentes con nuestras ideas y sentimientos. El aprendizaje de las actitudes puede ser reforzado positivamente mediante experiencias agradables.

b) Teoría de la consistencia cognitiva

Esta teoría consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes, vinculando los nuevos conocimientos o la nueva información con otra información y conocimiento que el individuo ya posee; ello permite desarrollar ideas, actitudes congruentes entre sí.

c) Teoría de la disonancia cognitiva

Esta teoría busca explicar la unión entre las actitudes y el comportamiento. La disonancia significa una inconsistencia. La disonancia cognoscitiva se refiere a cualquier incompatibilidad que un individuo pudiera recibir entre dos o más de sus actitudes o entre su comportamiento y sus actitudes. Esto impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.

El concepto fue formulado por primera vez en 1957 por el psicólogo estadounidense, de origen ruso, León Festinger en su obra *A theory of cognitive dissonance*. La teoría de Festinger plantea que al producirse esa incongruencia o disonancia de manera muy apreciable, la persona se ve automáticamente motivada para esforzarse en generar ideas y creencias nuevas para reducir la tensión hasta conseguir que el conjunto de sus ideas y actitudes encajen entre sí, constituyendo una cierta coherencia interna.

La manera en que se produce la reducción de la disonancia puede tomar distintos caminos o formas. Una muy notable es un cambio de actitud o de ideas ante la realidad.

Según este autor, las personas nos sentimos incómodas cuando mantenemos simultáneamente creencias contradictorias o cuando nuestras creencias no están en armonía con lo que hacemos. Por ejemplo, si normalmente votamos por el partido A pero resulta que nos gusta más el programa electoral del partido B, es posible que sintamos que algo no marcha bien en nosotros. Según la teoría de la disonancia cognitiva, las personas que se ven en esta situación se ven obligadas a tomar algún tipo de medida que ayude a resolver la discrepancia entre esas creencias o conductas contradictorias. En el ejemplo del partido político, podemos optar por cambiar nuestro voto en las próximas elecciones, o bien podemos dar menos valor a los contenidos del programa del partido B (por ejemplo, recordando que en realidad pocos partidos cumplen con todo lo que prometen en sus programas).

De la misma forma, cuando en una discusión una persona deja clara su postura, a continuación se ve obligado a dar argumentos a favor de la misma. Si no lo hiciera, se vería obligado a reconocer que la alternativa contraria también es válida, lo que entraría en contradicción con sus creencias previas, o tendría que admitir que en realidad no tiene ninguna razón para sostener tal postura, lo que entraría en contradicción con una creencia aún más importante: "soy una persona inteligente y con fundamento".

La teoría de la disonancia cognitiva es una hipótesis sugerente que nos permite entender de forma sencilla muchas de las aparentes paradojas y sinrazones del comportamiento humano, algunas de las cuales (como las anteriores) se muestran en cada detalle de nuestra vida cotidiana. Y, frente a otras explicaciones muy atractivas pero poco rigurosas de la interacción social, cuenta con la ventaja de estar respaldada por numerosos experimentos.

Tal vez esta sea la muestra más clara de hasta qué punto las personas necesitamos ser congruentes con nosotras mismas y justificar nuestras acciones incluso cuando las hemos realizado sin razón alguna o cuando desconocemos los motivos. Lo peor es que esta tendencia a dar explicaciones de lo que hacemos acaba convirtiéndonos en

esclavos de lo que ya hemos hecho, de unas elecciones que, de haberlo pensado, tal vez no hubiésemos realizado. Y dado que, ya sea por ser impulsivos o por no pararnos a pensar lo suficiente, rara vez sabemos por qué hacemos las cosas, gran parte de nuestra vida se convierte en una actuación para nosotros mismos.

3.3.3. Fuente de las Actitudes

Las actitudes tanto como los valores, se adquieren de la familia, los padres, maestros y grupos de compañeros. En el proceso evolutivo y de aprendizaje se empiezan a formar y modelar las actitudes de acuerdo con aquello que se admira, respeta o se tiene.

Las personas observan la forma en que la familia y los amigos se comportan y moldean sus actitudes y comportamiento para alinearlos con los de ellos. La gente también imita las actitudes de individuos populares y de aquellos que admiran y respetan. En contraste con los valores, las actitudes son menos estables ya que son más susceptibles a cambios.

3.3.4. Componentes de la Actitud

Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. *“Está compuesta de tres componentes implícitamente unidos el uno con el otro; Cognitivo, Afectivo y Conductual”*. (Rodríguez, 1980)

Estos tres componentes tienden a la coherencia, en el sentido de que los componentes se apoyan unos a otros, aunque no sea necesariamente un principio universal.

➤ Componente Cognitivo

Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un

objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

El componente cognoscitivo se refiere a las creencias, el conocimiento y las opiniones, es decir es la representación mental de lo que se percibe del objeto de actitud. Muchas veces esta representación es baja y su afecto es poco intenso en relación al objeto. Sin embargo, cuando es erróneo, esto no afecta la intensidad del afecto, el cual será consistente en cuanto a la representación cognitiva del objeto.

“El componente cognoscitivo de una actitud social consiste en la percepción del individuo como las ideas, sobre el objeto. El término opinión es esencial en este componente, especialmente cuando dicha opinión es de importancia con respecto a una cuestión o problema” (Mann, 1986: 141).

➤ **Componente Afectivo**

El componente afectivo se refiere al sentimiento de aceptación o de rechazo que una persona experimenta hacia un objeto actitudinal específico, este componente tiene un valor muy importante ya que puede existir actitudes sin cogniciones pero no puede haber actitudes sin un componente afectivo. La actitud del individuo está determinada fundamentalmente por el sentimiento a favor o en contra, de ese objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

El componente afectivo, definido como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social, es lo realmente característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su

componente cognoscitivo”. (Rodríguez, 1980:338).

El aspecto emocional es a menudo el componente más enraizado y el más resistente al cambio, pero si se registra un cambio en este componente, conducirá a emitir conductas hostiles hacia tal situación, así como a atribuirle una serie de defectos capaces de justificar y de hacer congruente el cambio del propio afecto; todo lo que era considerado como defecto, pasa a ser percibido como más agradable e inclusive beneficioso.

“Para que exista una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, es necesario que existan también algunas representaciones cognitivas de dicho objeto”. (Ibiden)

➤ **Componente Conductual**

El componente conductual se refiere al comportamiento que se origina como resultado de las cogniciones y del componente afectivo; es el componente activo de la actitud, por ejemplo, una persona que es fanática del fútbol posee cogniciones y afectos en relación a dicho deporte y es capaz de emitirlos, dado que en una situación es adecuada.

Lo conductual está definido como la predisposición a comportarse tomando en cuenta sus creencias, opiniones, sentimientos; si una persona considera que algo es negativo y peligroso sentirá rechazo hacia ello y tenderá a “evitarlo”, por el contrario, si le resulta positivo y le produce sentimientos de agrado o atracción, tenderá “poseerlo” Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera.

“El componente conductual de las actitudes sociales consiste en la tendencia a actuar, o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto. Es la política o la orientación a la acción y se mide registrando lo que el individuo dice que hará, o negará, lo que en realidad hace” (Mann, 1986: 138).

Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

3.3.5. Importancia de los Componentes

Las actitudes pueden ser consideradas como buenos elementos para la predicción de la conducta manifiesta, pero muchas veces no hay una absoluta coherencia entre los componentes cognoscitivo, afectivo y conductual.

Estos tres componentes deben ser congruentes entre sí, es decir, si un individuo tiene creencias negativas con respecto a determinado objeto, también debería tener sentimientos de rechazo y conductas en contra de ese objeto social.

Estos tres componentes se refuerzan mutuamente formando *“una estructura de conjunto que tiende a permanecer estable. El cambio en cada uno de ellos también influye en la respuesta de los demás”*. (Rodríguez, Aroldo, 1980: 334)

Las creencias firmemente sostenidas se acompañaran de un afecto positivo considerable. En cambio, si existe incoherencia entre los comportamientos, el individuo mostrará una tendencia a modificar su actitud, con el objeto de restaurar el estado de incoherencia.

El componente cognitivo ejerce su influencia en el componente afectivo o viceversa. El componente afectivo puede implicar gusto o disgusto, otros pueden manifestar estas emociones de otras maneras como el miedo, angustia e ira, desprecio con respecto a esa idea. También el sujeto, puede tener poco conocimiento sobre algún tema, mientras que otra, tener un nivel de creencias positivo amplio, esto es como consecuencia de un contacto con los argumentos que están en pro y en contra de ese tema.

La complejidad y la fuerza de los componentes tienen fundamentales implicaciones para el desarrollo y la modificación de la actitud; por ejemplo, en las actitudes que tienen un componente cognoscitivo débil, hay mucha probabilidad de que el conocimiento sobre el objeto sea inestable; por lo tanto, la información de nuevos conocimientos sería de mucha ayuda. Por otra parte, las actitudes con alto contenido emocional tienen menos tendencia a ser influenciadas por información nueva.

Las actitudes son predisposiciones evaluativas, que dirigen la conducta del sujeto; sin embargo, no siempre se actúa de acuerdo a lo que se piensa o cree, por lo que en la actitud y la conducta a menudo hay discrepancias; por ejemplo, existen incoherencias entre las actitudes verbales y la conducta manifiesta. Existe divergencia no sólo por la determinación de las actitudes, sino también por factores externos. Otra razón es porque hay actitudes diferentes que tienen relación con un mismo acto de conducta. Un tercer factor puede ser por la actitud que subyace en el prejuicio. Las actitudes intelectualizadas son ricas en creencias y estereotipos, pero carecen de tendencia reales a la acción. Por otra parte, las actitudes tienden a ser privadas; mientras que la conducta es pública, por lo que está más sujeta a presión social.

“La discrepancia entre la actitud y la acción es particularmente importante en el término de cambio de actitud. Mientras que es relativamente fácil cambiar las creencias mediante comunicaciones e informaciones persuasivas” (Mann, 1986: 142).

3.3.6. Función de las Actitudes

Es muy importante considerar el papel que desempeñan las actitudes en la vida del individuo; se debe considerar que las actitudes cumplen una función en toda la estructura psicológica de un individuo, porque permiten que el sujeto se adapte a su entorno, se desarrolle, se mantenga y se satisfaga una necesidad social.

“Las actitudes constituyen el fundamento de los modos de conducta constantes con respecto a objetos sociales, sucesos y problemas durante un tiempo. El tener una

actitud, le permite al sujeto darle significado a muchos aspectos de su medio social dando la oportunidad de planear respuestas y tomar decisiones sobre problemas que se susciten” (Perlman, 1987: 104).

Las actitudes tienen una estabilidad consistente, el saber que una persona sostiene una actitud permite que el observador anticipe la conducta en un cierto grado de exactitud y confianza. Por otra parte, las actitudes cumplen un papel importante con respecto a la personalidad, porque son fuentes de motivación para la adaptación al medio social que lleva a los sujetos a adoptar actitudes similares a la de los amigos y el entorno social; a la vez, los objetos pueden proporcionar satisfacción o insatisfacción; de acuerdo a esto, las personas adoptan actitudes favorables o desfavorables.

La persona obtiene satisfacción mediante la expresión de las actitudes relacionadas a valores y al concepto personal; éstas se van aprendiendo desde la infancia mediante la identificación con otras figuras significativas que constituyen el núcleo de la personalidad. Es así que las opiniones y creencias se basan en esta función. La función del conocimiento se basa en la necesidad de comprender, de dar sentido y de dotar de una estructura adecuada al universo. Las actitudes se mantienen cuando se encuadran con la situación; en cambio, las actitudes son inadecuadas cuando se enfrentan a situaciones nuevas y cambiantes porque llevan a la contradicción y a la incoherencia.

3.3.7. Cambio de Actitud

Cuando se produce un cambio en el componente cognitivo puede conllevar también a un cambio en el componente afectivo y en el componente relativo a la conducta. Si por ejemplo si una persona está a favor de la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA y asiste a una conferencia con temáticas sociales relacionadas a estos temas, y sus efectos que esto puede producir a la persona

discriminada, su percepción puede cambiar y tener una actitud de rechazo hacia la discriminación.

De igual forma si se da un cambio en el componente afectivo la persona puede experimentar sentimientos de aceptación hacia determinado fenómeno social, el cual en un principio era rechazado por una serie de defectos, ahora se percibirá en él cualidades que no se percibían anteriormente.

En el mismo orden si el cambio es en el componente conductual, la persona necesariamente deberá reorganizar los componentes cognitivos y afectivos, la teoría de la disonancia cognitiva afirma que el cambio de actitud se puede dar cuando dos cogniciones se encuentran en relación disonante.

Según Feistenger, la disonancia cognitiva, consiste en que los individuos siempre tiene dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen o están en desacuerdo, lo cual ocasiona que se sientan incómodos psicológicamente, e intenten reducirla o eliminarla en tanto las cosas que la aumentan.

A pesar de que las actitudes son relativamente parciales, ellas están sujetas al cambio. Cualquier cambio que se registre en uno de los componentes es capaz de modificar a los demás.

“Las actitudes satisfacen importantes necesidades para el individuo, y para cambiar las actitudes se deben proporcionar formas alternas de satisfacer esas necesidades” (Perlman, 1987: 110).

➤ **Cambio del componente cognoscitivo**

El cambio en el elemento cognoscitivo puede llevar también a un cambio en los demás componentes. Por ejemplo, si una persona tiene prejuicios, piensa que las personas negras son perezosas, con la oportunidad de convivir con ellos existe la posibilidad de modificar las cogniciones.

➤ **Cambio del componente afectivo**

El cambio registrado en este componente conducirá a emitir conductas hostiles hacia dicha persona, así como a atribuirle una serie de defectos que justifiquen el cambio. De igual modo, si por alguna razón nos empieza a gustar alguien que no nos gustaba todo aquello que era considerado como defecto, pasa a ser percibido como virtud.

➤ **Cambio en el componente relativo a la conducta**

La prescripción de una conducta puede traer como consecuencia una reorganización de los componentes cognoscitivos y afectivos, haciendo objeto de una actitud positiva o negativa sobre algún aspecto; en ese sentido, es común que se intente hacer las creencias y afectos coherentes en la conducta que por necesidad se exhibe.

➤ **Actitud y Conducta**

A una persona de la cual no conocemos cuáles son sus actitudes no podemos predecir cuál va ser su conducta. Son muy pocos los casos en los que se puede establecer relaciones entre actitudes y conducta. Para poder llegar a prever una conducta, se tiene que conocer muy profundamente unas actitudes muy específicas.

Una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia. Normalmente lo que la gente dice sobre sus propias actitudes suele ser mentira y esto sucede porque no conocemos casi ninguna de nuestras actitudes respecto a los objetos. Y no conocemos estas actitudes hasta que tenemos que actuar frente a un objeto. Con esto se deja aún más claro que las actitudes no influyen tanto en la conducta; es más, a veces, incluso son las conductas las que determinan las actitudes.

3.3.8. Medición de la Actitud.

Si se quiere medir una actitud se debe diseñar que mida precisamente eso: actitudes; ahora bien, puesto que las actitudes no son susceptibles a observación directa, su existencia e intensidad deben inferirse de lo que puede ser observado, por lo que se deban elegir conductas que sean aceptables como base de inferencia de las actitudes.

Casi todas las escalas de actitudes están constituidas por fases, afirmaciones o proposiciones frente a las cuales los interrogados indican de un modo u otro su acuerdo (aceptación o aprobación), o su desacuerdo (rechazo o desaprobación).

Un método para medir las actitudes es el propuesto por Likert, donde él individuo se ve confrontado a una serie de opiniones, pero en vez de indicar solamente si está de acuerdo o no con ellas *“pueden escoger entre cinco opciones: 1, totalmente de acuerdo; 2, de acuerdo; 3, medianamente de acuerdo; 4, en desacuerdo; 5, totalmente en desacuerdo”*. (LINDGREN. H, 1979: 102).

Sin embargo, para una mejor medición de las actitudes es recomendable que estas se realicen por los componentes que presentan, es decir: la cognoscitiva, afectiva y conductual, cada uno de estos componentes pueden arrojar datos diferentes tomando en cuenta el tema que se quiere medir como en nuestro caso las afirmaciones serían dirigidas hacia la enfermedad del VIH/SIDA.

El presente trabajo de investigación que corresponde a la medición de las actitudes de los estudiantes universitarios frente a la enfermedad del VIH/SIDA en la ciudad de Tarija, se ubica dentro del área de la Psicología Social, puesto que la misma se entiende como:

“La Psicología Social estudia las manifestaciones del comportamiento, suscitadas por la interacción de una persona con otras personas, o por la mera expectativa de tal interacción. Todos los seres humanos vivimos en constante proceso de dependencia e interdependencia en relación con nuestros semejantes” (Rodríguez, 1980:15).

En este caso las actitudes se constituyen en uno de los objetos principales de estudio de la psicología social contemporánea, ello implica medir y valorar las características sobre las opiniones, los sentimientos y las conductas, en este caso, aquellas que se relacionan con el VIH/SIDA durante la juventud.

Puesto que es la ciencia que estudia los fenómenos sociales e intenta descubrir las leyes por las que se rige la convivencia. Investiga las organizaciones sociales y trata de establecer los patrones de comportamientos de los individuos en los grupos, los roles que desempeñan y todas las situaciones que influyen en su conducta; en este caso se refiere a las actitudes de los universitarios con respecto a la enfermedad del VIH/SIDA.

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Por sus características, el presente trabajo se tipifica como una investigación:

Descriptiva, porque tiene como objetivo central lograr la descripción o caracterización de un hecho de estudio dentro de un contexto; en este caso, describir la actitud de los universitarios frente a la enfermedad del VIH/SIDA, tomando en cuenta cada uno de sus componentes: cognitivo, afectivo y comportamental.

“Las investigaciones descriptivas tienen como principal objetivo describir sistemáticamente hechos y características de una población dada, o área de interés de forma objetiva y comprobable. Desempeñan un papel importante en la ciencia al proporcionar datos y hechos e ir dando pautas que posibilitan la configuración de teorías” (Bravo, 1980:173).

Por lo que este tipo de estudio, en este caso, permite conocer las actitudes, lo que implica valorar las características de las opiniones, los sentimientos y la posible conducta frente a la enfermedad del VIH/SIDA.

Propositiva, porque a partir de la evaluación diagnóstica de las actitudes de los universitarios se elabora una propuesta psicoeducativa para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA que responde a la problemática con respecto a la enfermedad. Pues uno de los principales objetivos de la investigación, no sólo se constituye en realizar buenos diagnósticos, sino también en intentar transformar la realidad social.

Cuantitativa, porque se basa en el modelo hipotético deductivo, en criterios estadísticos de selección muestral tomando en cuenta el universo de población estudiantil universitaria, se basa en teorías ya existentes y por la producción de datos susceptibles de análisis estadístico, cuyo tratamiento corresponde al uso de paquetes estadísticos, pues se han identificado porcentajes de respuestas en cada uno de los componentes de la variable estudiada, los cuales han sido proyectados en cuadros y gráficos con datos de salida.

Cualitativa, porque se considera el posterior análisis e interpretación de los datos de carácter cualitativo, tomando en cuenta las diferentes respuestas realizadas en la escala de actitud con su respectiva relación e interpretación a la luz de la teoría planteada en el marco teórico.

4.2. POBLACIÓN

La Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” forma parte del Sistema Universitario de Bolivia, entidad que abarca a diez universidades públicas con presencia en los nueve departamentos del país.

Actualmente, la UAJMS tiene presencia en diferentes provincias y poblaciones del Departamento de Tarija, como es: Bermejo, Yacuiba, Villa Montes, Palmar Grande, Caraparí y Entre Ríos. Cuenta con 32 carreras de pregrado y diferentes programas de posgrado a nivel de diplomado, especialidad, maestría y doctorado. La población estudiantil aproximada es de 16000 estudiantes y alrededor de 700 docentes.

Para efectos de la presente investigación, la población está constituida por todos los estudiantes universitarios en la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de la ciudad de Tarija, tanto del turno de la mañana como los de la tarde. En este sentido, son 14.013 estudiantes varones y mujeres en la condición de estudiantes activos, pertenecientes a todas las facultades y carreras de la Universidad.

Como dato referencial se tiene que la población total de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, incluyendo las unidades descentralizadas de Bermejo, Yacuiba y Villa Montes, durante la gestión 2009 estuvo compuesta por 16.527 estudiantes universitarios a nivel departamental. (Datos proporcionados por la D.T.I.C – UAJMS, 2009)

De manera general, en lo que respecta a la ciudad de Tarija – Provincia Cercado, la población está constituida por 7 Facultades y 19 Carreras de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, datos que se detallan a continuación:

Cuadro N° 1
Población estudiantil por facultad y carreras

FACULTADES Y CARRERAS	GESTIÓN 2009
FACULTAD DE CIENCIAS JURID. Y POLÍTICAS	1.569
DERECHO	1.569
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS	3.112
ECONOMIA	379
CONTADURIA PUBLICA	1.782
ADMINISTRACION DE EMPRESAS	951
FACULTAD DE CIENCIAS AGRICOLAS Y FORESTALES	705
INGENIERIA AGRONOMICA	476
INGENIERIA FORESTAL	229
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍA	4.312
INGENIERIA QUIMICA	286
INGENIERIA CIVIL	2.150
INGENIERIA DE ALIMENTOS	176
TECNOLOGÍA DE ALIMENTOS	17
INGENIERIA INFORMÁTICA	885
ARQUITECTURA	798
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	834
ODONTOLOGÍA	834
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	2.136
ENFERMERIA	748
BIOQUÍMICA	510
QUIMICO FARMACEUTICA	413
MEDICINA	465
FACULTAD DE HUMANIDADES	1.345
PSICOLOGÍA	771
IDIOMAS	574
TOTAL	14.013

FUENTE: D.T.I.C. (2009)

4.3. MUESTRA

Para la presente investigación se tomó un criterio muestral cuantitativo del 10% sobre la población total de estudiantes universitarios en la ciudad de Tarija, lo que constituye una muestra total de 1.401 estudiantes varones y mujeres de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”- Provincia Cercado.

En este sentido, para el presente trabajo de investigación, el 10% está integrado por todos los estudiantes que se encuentran en las siete facultades detalladas, las que a su vez contemplan a diecinueve carreras en la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”.

El tipo de muestreo utilizado con este fin fue el *probabilístico*, en el cual se optó por el muestreo estratificado y el muestreo aleatorio simple.

En primera instancia se utilizó el *muestreo estratificado proporcional* con la intención de dividir la población en 19 estratos, en este caso cada estrato fue constituido por cada una de las carreras de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”; de cada carrera o estrato se obtuvo una submuestra constituida por el 10% del número total de estudiantes de cada carrera, donde la muestra fue proporcional al número de elementos de cada estrato o carrera.

Posteriormente y para la selección de los estudiantes en cada una de las carreras, se utilizó el *muestreo aleatorio simple*, es decir fueron seleccionados al azar, por lo que todas las unidades tuvieron, por su condición, la misma probabilidad de ser elegidas para formar parte del trabajo de investigación, con este muestreo se garantizó la representatividad de la muestra en relación a la población.

A continuación se presenta el detalle de las facultades, carreras y la cantidad de estudiantes con los que se llevó adelante el proceso de investigación.

Cuadro N° 2
Distribución de la muestra

N°	Carreras	Muestra	Sexo		Edad	
			V	M	16-20	21-30
1	Ingeniería Agronómica	48	31	17	25	23
2	Ingeniería Forestal	23	11	12	17	6
3	Bioquímica	51	9	42	11	40
4	Enfermería	75	5	70	30	45
5	Medicina	46	11	35	19	27
6	Químico Farmacéutica	41	4	37	16	25
7	Administración de Empresas	95	26	69	65	30
8	Contaduría Pública	178	48	130	90	88
9	Economía	38	23	15	28	10
10	Derecho	157	74	83	80	77
11	Arquitectura	80	30	50	39	41
12	Ingeniería Civil	215	50	165	200	15
13	Ingeniería de Alimentos	18	8	10	15	3
14	Ingeniería Informática	88	38	50	35	53
15	Ingeniería Química	29	19	10	15	14
16	Tecnología de Alimentos	2	1	1	2	--
17	Idiomas	57	10	47	33	24
18	Psicología	77	13	64	54	23
19	Odontología	83	30	53	35	48
TOTAL		1401	833	568	839	562

Fuente: D. T. I. C. (2009)

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los métodos utilizados son de tipo teórico y empírico, ya que se utilizó información teórica tanto de libros como de páginas WEB, a demás se corroboró la información con datos obtenidos a partir de la investigación.

El Método Teórico, permite desarrollar una teoría sobre el objeto de estudio. Por ello se apoya básicamente en los procesos de abstracción, análisis, síntesis, inducción y deducción, instrumentos lógicos que participaron en todo el proceso de investigación. Método con el cual se procedió al *análisis* de los datos encontrados y las referencias teóricas establecidas en relación a la actitud frente a la enfermedad del VIH/SIDA de los estudiantes universitarios, a su vez la *síntesis* en la elaboración de todo el informe de investigación presentado.

El Método Empírico, que posibilita revelar las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio, accesibles a la detección sensorial. Este requisito hace que la información obtenida esté fundada en la realidad y no en prejuicios o creencias personales del investigador.

La recolección de datos permite la intervención, registro, análisis, interpretación y transformación de la realidad en el proceso de investigación, apoyando la práctica de investigación a través de procedimientos prácticos con el objeto y diversos medios de estudio, en este caso se utilizó una escala que aborda los tres componentes de la actitud, el cognitivo, afectivo y comportamental, que nos permitió medir la actitud de los estudiantes universitarios frente a la enfermedad del VIH/SIDA.

El Método Estadístico, porque la información recogida en las escalas numéricas fue procesada a través del paquete estadístico SPSS, en base al cual se calcularon los siguientes índices, frecuencias absolutas y relativas de la variable actitud frente a la enfermedad del VIH/SIDA, tablas de doble entrada de los datos recogidos en base a escalas nominales.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la del cuestionario estructurado que consiste en la formulación de proposiciones con alternativas de respuestas cerradas, ya sean afirmativas o negativas. Para ello se recurrió a la utilización de la **Escala de Lickert** que se constituye como uno de los elementos más empleados para

medir las actitudes, la cual consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se administra.

El sujeto da respuesta eligiendo uno de los cinco puntos de la escala presentada. A cada punto se le asigna un valor numérico. El sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones; en este caso se utilizó para valorar las actitudes de los estudiantes universitarios frente a la enfermedad VIH/SIDA en la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”.

El **instrumento** utilizado fue la “escala de actitud frente al VIH/SIDA”, conformado por treinta afirmaciones, diseñadas para medir los tres componentes de la actitud, se tiene una valoración de positivo, neutro y negativo en cuanto al conocimiento que se tiene hacia dicho tema planteado; de igual forma, se tiene una valoración de aceptación, indiferencia o rechazo en lo afectivo y por último se valora la conducta de forma positiva, intermedia o negativa; por lo cual este instrumento fue elaborado cuidadosamente para responder a los objetivos planteados.

Las afirmaciones presentes en la escala poseen dirección favorable o desfavorable teniendo siempre una relación lógica con el objeto de estudio, las respuestas indican el grado de acuerdo o desacuerdo de la persona encuestada con relación a la afirmación. Las respuestas a su vez están puntuadas con el propósito de medir cuantitativamente la inclinación hacia un lado u otro y posteriormente indicar un grado de actitud.

Por otra parte, el instrumento se ha elaborado en función de otros trabajos investigativos dirigidos a investigar las actitudes, como ser: “actitud de los adolescentes frente al embarazo” de Tejerina Elizabeth, de los cuales se han sacado las sugerencias correspondientes en la formulación de las diferentes afirmaciones en

sus diferentes componentes, las cuales en este caso estuvieron dirigidas a determinar la actitud frente a la enfermedad del VIH/SIDA. A su vez, el mencionado instrumento fue evaluado por una docente con experiencia en el área de psicología social, con lo que se realizó su correspondiente revisión, corrección y aprobación para ser aplicado en el presente estudio (ver anexos).

Fiabilidad y Validez de las Escalas de Medida.

Desde un punto de vista general, la validez de una escala hace referencia a la medida en que los indicadores miden lo que deberían medir. A este respecto, son múltiples las variantes de validez que pueden contrastarse. En concreto, en este trabajo se analizará para la escala utilizada su validez de contenido.

La **validez de contenido** intenta evaluar la capacidad del instrumento para recoger el contenido y el alcance del constructo y de la dimensión. En esta investigación, la validez de contenido se apoya en la fundamentación teórica y las evidencias empíricas que sostienen los instrumentos de medición utilizados. Más concretamente, en este trabajo la validez de contenido de las escalas se sustenta en el riguroso procedimiento que se ha seguido en el desarrollo de las escalas recogidas en el cuestionario, que se expone de forma detallada en Anexos. Así, la revisión de la literatura realizada, considerando aspectos teóricos, conceptuales como empíricos y la prueba piloto de la escala sirven de garantía para dicha validez de contenido.

Por otra parte, y partiendo de la base de que una condición necesaria, aunque no suficiente, para validar una medida es su fiabilidad, se ha procedido a su determinación para cada uno de los constructos y dimensiones. De acuerdo a George y Mallery (1995), la fiabilidad se relaciona con el hecho de que el instrumento de medición produzca los mismos resultados cada vez que sea administrado a la misma persona y en las mismas circunstancias. Así, normalmente los instrumentos empleados en las ciencias sociales se pueden considerar fiables si, con independencia

de quién los administre y del modo en que se haga, se obtienen resultados similares, lo cual fue probado en la prueba piloto del instrumento.

4.5. PROCEDIMIENTO

El procedimiento de la investigación pasó por las siguientes fases, para poder realizar un trabajo organizado, claro y concreto.

Fase I.- Revisión Bibliográfica.

Corresponde a la revisión del material bibliográfico, a la búsqueda bibliográfica referida a todos los conceptos necesarios para la construcción del marco teórico y a la comprensión del objeto de estudio de la investigación, que coadyuvará a su vez en el análisis de los datos obtenidos. En este caso se precisaron temas sobre la juventud, VIH/SIDA y las actitudes.

Fase II.- Elaboración y Aprobación del Instrumento de medición.

En esta fase se diseñó y elaboró el instrumento que consiste en un cuestionario con 30 afirmaciones sobre la actitud frente a la enfermedad del VIH/SIDA que presentan los estudiantes universitarios. El cual fue aprobado por un docente experto en el área.
Lic. Lidia Allamprese

Fase III.- Prueba Piloto.

Con el objeto de poner a prueba el instrumento y poder verificar su eficacia, se llevó a cabo una prueba de aplicación del mismo a un número reducido de estudiantes universitarios, hecho que permitió conocer las dificultades que podrían surgir en el momento de su aplicación.

Fase IV.- Aplicación del Instrumento.

Una vez realizada la prueba piloto, se procedió a la aplicación de la escala de actitud a la muestra determinada para la presente investigación, consistente en cada una de

las carreras de las diferentes facultades en la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, con este fin se tomó contacto con los estudiantes de cada una de las carreras.

Fase V.- Tabulación y Procesamiento de los Datos.

En esta etapa se procedió a ordenar y sistematizar los datos obtenidos mediante la tabulación de los datos en el programa informático SPSS. En el cual se establecieron las frecuencias y porcentajes obtenidas en las respuestas por cada componente y de manera general para determinar la actitud de los estudiantes. Se logró presentar los datos a partir de cuadros y gráficos que sintetizan los resultados encontrados.

Fase VI.- Análisis e Interpretación de los Datos.

En esta etapa se analizaron los datos o resultados tomando en cuenta los objetivos de la investigación a la luz de la teoría que sustenta el presente trabajo, para posteriormente llegar a la redacción de las conclusiones y las recomendaciones de la investigación.

Fase VII.- Elaboración de la Propuesta Psicoeducativa.

En base a la evaluación y el análisis de las actitudes, se propuso un programa psicoeducativo para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad de VIH/SIDA, tomando en cuenta cada uno de los componentes y los temas que en ellos necesitaban apoyo.

Fase VIII.- Elaboración y Presentación del Documento Final.

En esta última fase se concretiza el trabajo de investigación, se elabora el informe final completo, tomando en cuenta las normas y reglas de presentación y redacción, como así también se llega a ordenar la información expuesta, posteriormente se procede a su presentación para su correspondiente aprobación.

Para presentar los datos de esta investigación relacionada a la actitud de los estudiantes universitarios frente a la enfermedad del VIH-SIDA, se trabajó con estudiantes de todas las facultades y carreras de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”.

El capítulo presenta los resultados de acuerdo al orden en que fueron planteados los objetivos específicos, para finalmente concluir con el objetivo general. Por lo que se organizó el análisis de los datos de acuerdo a cada componente de la actitud, empezando por el componente cognitivo el que llega a identificar los conocimientos y pensamientos de los universitarios. Posteriormente el componente afectivo, que permite indagar las emociones, sentimientos predominantes en relación a la enfermedad del VIH/SIDA; finalmente el componente conductual con el cual se indaga la predisposición comportamental predominante de los universitarios.

El análisis de los datos recolectados, se basa en las respuestas que hacen los estudiantes universitarios a cada una de las afirmaciones presentadas en los tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. En las afirmaciones de índole positivo (+) los estudiantes que contestan las categorías totalmente de acuerdo o de acuerdo le corresponde una valoración positiva; en tanto que a las afirmaciones de índole negativo (-) le correspondería un totalmente en desacuerdo o en desacuerdo para puntuar una valoración positiva.

Finalmente en base a la medición de las actitudes, se realiza una propuesta psicoeducativa para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA, tomando en cuenta los temas que se detectaron en niveles bajos.

5.1. CONOCIMIENTOS

Para dar cumplimiento al primer objetivo de la investigación que dice: “*Determinar los conocimientos que tienen los estudiantes universitarios*”, se presenta los siguientes datos:

Cuadro N° 3
Conocimientos, opiniones y creencias

Afirmaciones	Positivo		Neutro		Negativo		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%

(-) Sólo las trabajadoras sexuales y los homosexuales se contagian con el VIH/SIDA.	1204	86	79	5,5	126	8,5	1401	100
(-) El VIH/SIDA se transmite por besos, caricias, o por compartir los mismos utensilios.	1261	90	66	4,7	74	5,3	1401	100
(-) El VIH/SIDA sólo se transmite por relaciones sexuales.	723	51,7	65	4,6	613	43,7	1401	100
(+) El uso del condón y la abstinencia previenen el contagio del VIH/SIDA.	254	18,1	117	8,4	1030	73,5	1401	100
(+) La madre embarazada puede contagiar a su bebé de VIH/SIDA.	1282	91,5	49	3,5	70	12,2	1401	100
(+) Una persona con VIH/SIDA debería seguir asistiendo a la universidad.	86	6,2	120	8,5	1195	85,3	1401	100
(+) Las personas con VIH/SIDA sufren rechazo y discriminación.	121	8,7	149	10,6	1131	80,7	1401	100
(-) El VIH/SIDA es una enfermedad inventada para fines de lucro de las industrias farmacéuticas.	1073	76,6	248	17,7	80	5,7	1401	100
(+) Puedo contraer el VIH/SIDA por hacerme un tatuaje.	158	11,3	177	12,6	1066	76,1	1401	100
(-) La única manera de saber si contraí el VIH/SIDA es esperar a que se manifieste la enfermedad.	1001	71,5	188	13,4	212	15,1	1401	100

Fuente: Elaboración propia

❖ Cuando se descubrió el virus, en 1981, los infectados eran casi únicamente hombres homosexuales, situación que llevó erróneamente a pensar que era una enfermedad que sólo afectaba a los homosexuales.

Como sucede en el ámbito mundial, también en Bolivia al inicio de la epidemia, el SIDA fue más frecuente en la población homosexual, y el hecho de que este grupo fueran los

primeros en contraer SIDA, llevó a pensar que el estilo de vida sexual se relacionaba directamente con la enfermedad. Esto fue desechado al observarse que el síndrome era común a distintos grupos; drogadictos masculinos y femeninos; hemofílicos y quienes habían recibido transfusiones de sangre; mujeres cuyas parejas sexuales eran hombres bisexuales, trabajadoras sexuales; quienes recibían productos derivados de la sangre y niños nacidos de madres con SIDA o con historia de drogadicción endovenosa.

Esta situación es abordada en el conocimiento de los estudiantes, porque en relación a si **sólo las trabajadoras sexuales y los homosexuales se contagian del VIH-SIDA**; el 86% de estudiantes universitarios, tienen un conocimiento positivo, puesto que consideran que no sólo las trabajadoras sexuales y los homosexuales están en situación de riesgo de contraer la enfermedad, esto hace que los mismos piensen de cierta manera que corren peligro con sus parejas heterosexuales, lo cual provoca una idea cabal sobre el contagio de la enfermedad del SIDA.

❖ En relación a si *el VIH-SIDA se transmite por besos, caricias o por compartir los mismos utensilios*; el 90% de los estudiantes universitarios tienen un conocimiento positivo, a su vez la afirmación complementaria que indica *el VIH/SIDA sólo se transmite por relaciones sexuales* donde el 51,7% tiene conocimiento positivo son afirmaciones de que los estudiantes en realidad reconocen que el SIDA sólo se transmite a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales, la leche materna, y de ninguna manera a través de besos, caricias o por los utensilios. A su vez afirman que la forma de transmisión más común es el contacto sexual.

Otras formas de contagio incluyen las transfusiones de sangre o productos sanguíneos infectados con el VIH, los trasplantes de órganos o tejidos.

❖ En cuanto a la afirmación *el uso del condón y la abstinencia previenen el contagio del VIH/SIDA* el 73,5% de los estudiantes universitarios tienen un conocimiento negativo, puesto que piensan que el condón no va a prevenir el contagio y que la abstinencia no sería la mejor solución para evitar la enfermedad, es decir que los estudiantes no están de acuerdo con la abstinencia ni tampoco con el uso del condón, por lo tanto se puede deducir que no los usarán como métodos de prevención.

En el caso de los varones el condón masculino de látex es el único método que ha demostrado que ayuda a protegerse. Los condones se denominan métodos anticonceptivos de barrera porque bloquean o ponen una barrera, lo cual evita que el espermatozoides llegue al óvulo. Se ha comprobado que sólo los condones de látex o poliuretano ayudan a proteger contra las ETS, incluyendo el VIH.

Los jóvenes son más vulnerables al VIH porque es más probable que participen en conductas de alto riesgo como por ejemplo: relaciones sexuales con distintas parejas y sin protección, además del uso de drogas y alcohol.

❖ En cuanto a si la **madre embarazada puede contagiar a su bebé de VIH/SIDA**; el 91,5% de estudiantes universitarios muestran un conocimiento positivo, ya que saben que entre otras formas de contraer el virus, es a través de madres seropositivas, lo cual se puede dar durante el embarazo, el parto o el amamantamiento. Conocen que los bebés que nacen de madres infectadas desarrollan la infección del VIH.

Las crecientes tasas de infección de VIH entre las mujeres, exponen a los niños a un mayor riesgo de contraer el VIH incluso antes de nacer. La transmisión perinatal no se puede prevenir si la mujer desconoce si es portadora. Muchas mujeres descubren ser VIH positivas al acudir a su examen prenatal o cuando el recién nacido recibe resultado positivo a la prueba. El acceso a cuidados médicos antes y después del nacimiento es crítico para la reducción de la transmisión perinatal del VIH.

❖ Ante la afirmación: ***“una persona con VIH/SIDA debería seguir asistiendo a la universidad”***, los estudiantes universitarios tienen un conocimiento negativo 85,3%, se deduce que consideran, que si una persona es portadora de VIH puede presentar los síntomas de la enfermedad, manifestando un deterioro físico, causa por la cual debe ser aislado de la sociedad y por consiguiente ya no podrán asistir regularmente a la universidad tampoco lograr sus metas académicas por lo que tendría que abandonar sus estudios.

Las personas afectadas por el VIH necesitan ser aceptadas, por lo cual no se podría impedir de ninguna manera que el estudiante universitario continúe con sus estudios en la Universidad, siempre y cuando la enfermedad sea detectada a tiempo y sea oportunamente

tratada, lo que aseguraría que pueda seguir interrelacionándose y asistir normalmente a clases.

❖ En relación a si *las personas con VIH/SIDA sufren rechazo y discriminación* los estudiantes tienen conocimientos negativos puesto que un 80,7% piensan que las personas con VIH/SIDA no presentan mayor vulnerabilidad frente a otras enfermedades, por lo que sería común que busquen atención médica y apoyo psicológico adecuados, y más probable que se les brinden estos servicios cuando los soliciten, presentándose de esta manera una aceptación a las personas con esta enfermedad, por lo que manifiestan un desconocimiento de la realidad del VIH/SIDA.

Desde sus comienzos cuando el VIH/SIDA parecía estar reducido a grupos considerados como socialmente desviados, la epidemia ha permanecido oculta por un velo de ignorancia, miedo y rechazo. Esto se ha traducido en la estigmatización y discriminación de las personas con el VIH/SIDA. Muchas personas infectadas han perdido sus trabajos y se les ha negado atención médica, alojamiento, acceso a seguros y oportunidades de viaje, debido a su condición de portadores del VIH.

A los niños VIH positivos se les ha negado el acceso a atención pediátrica y a las escuelas. En muchos lugares, estas personas han sido expulsadas de sus familias y de sus comunidades.

❖ El desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA está asociado con desigualdades sociales expresadas en accesos diferenciales a oportunidades de protección y cuidado de la salud, en diferentes contextos socioeconómicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que aumentará el número de infectados con el VIH en el mundo, de los cuales la mayoría viven en países pobres, donde las tasas de infección tenderán a aumentar por la deficiente oferta de sistemas sanitarios y los limitados recursos preventivos y asistenciales. Esta situación pueda dar como idea errónea que el *VIH/SIDA es una enfermedad inventada para fines de lucro de las industrias farmacéuticas*, ante lo cual los estudiantes universitarios manifiestan un conocimiento positivo, puesto que un 76,6% piensa que la

enfermedad es real, sus efectos son catastróficos por lo que no es una enfermedad inventada.

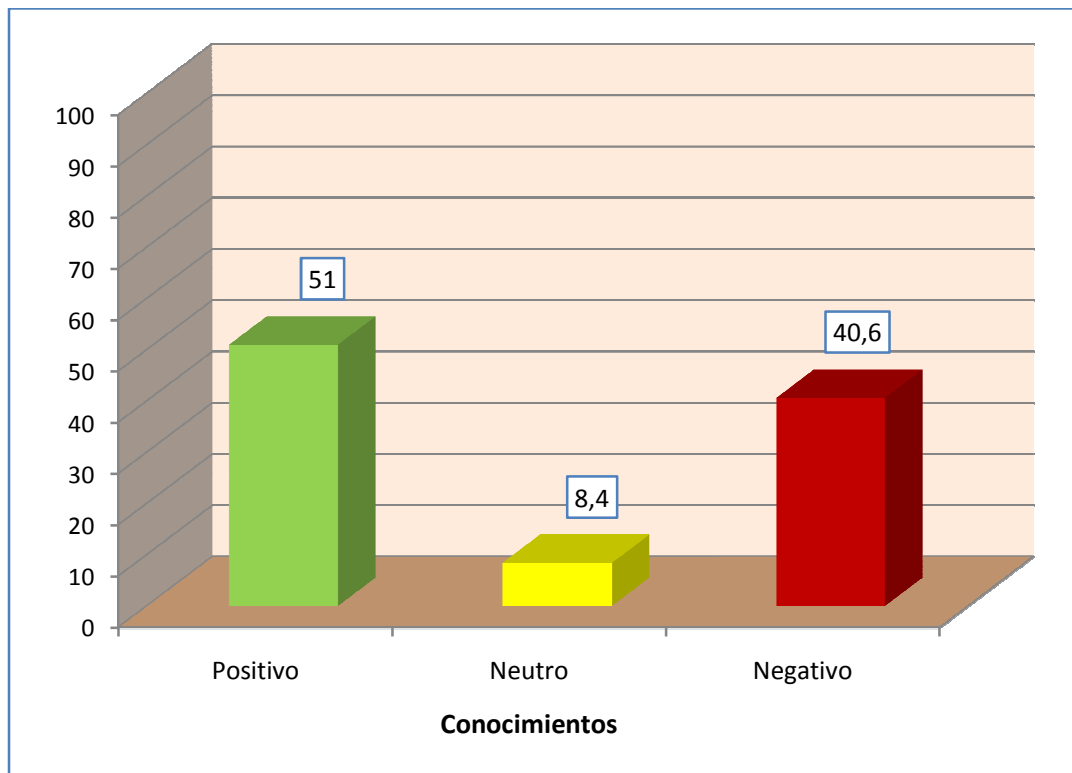
❖ Ante la afirmación *puedo contraer el VIH/SIDA por hacerme un tatuaje*, los estudiantes universitarios tienen un conocimiento negativo, puesto que un 76,1% de ellos piensan que de esta manera no se daría el contagio, se desconoce que otras formas de contagio son las referidas al uso de agujas o jeringas contaminadas, a su vez otros elementos contaminados que perforan la piel, esta situación constituye un factor de riesgo en los universitarios para la propagación del VIH/SIDA al desconocer esta forma de contagio.

❖ Finalmente, *“la única manera de saber si contraje el VIH/SIDA es esperar a que se manifieste la enfermedad”*, el 71,5% de estudiantes universitarios tienen un conocimiento positivo puesto que consideran que no es necesario esperar a que la enfermedad se manifieste ya que se puede realizar un diagnóstico temprano.

Los casos de SIDA, donde la persona empieza a sentir los síntomas de la enfermedad, se dan alrededor de la segunda década de la vida y probablemente contrajeron el virus (VIH) durante su adolescencia, cuando aún no sabían que eran portadores por falta de sintomatología.

La infección primaria por VIH es llamada «seroconversión» puede ser acompañada por una serie de síntomas inespecíficos, parecidos a los de una gripe, por ejemplo, fiebre, dolores musculares y articulares, dolor de garganta y ganglios linfáticos inflamados. No todos los recién infectados con VIH padecen de estos síntomas y finalmente todos los individuos se vuelven asintomáticos.

Gráfico N° 1
Componente Cognitivo
(Valoración General)



Fuente: Elaboración propia.

El componente cognitivo, está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto específico, así como por la información que se tiene sobre este objeto, por lo que los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes.

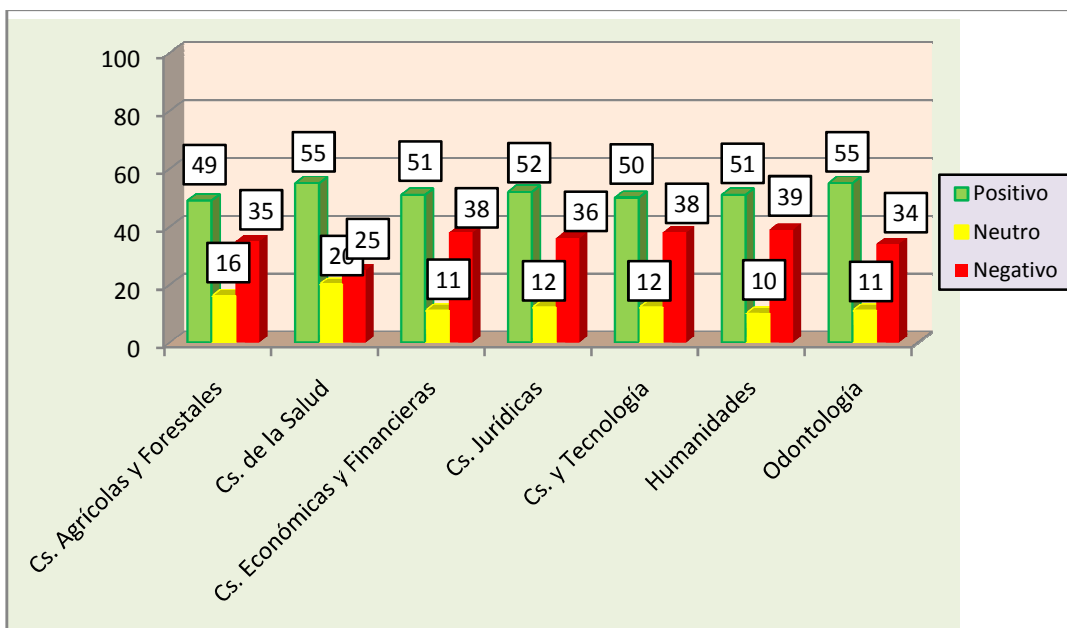
A partir de los resultados que muestra la gráfica en relación al componente cognitivo, se puede evidenciar que los estudiantes universitarios de las diferentes facultades un 51% presentan un conocimiento positivo de la enfermedad del VIH/SIDA, es decir tienen una información adecuada acerca de la forma de transmisión, los métodos de prevención, los riesgos y consecuencias que la enfermedad puede ocasionar.

A pesar que el VIH/SIDA es una realidad en Bolivia y que significativamente las cifras van en aumento, los jóvenes universitarios no tienen el asesoramiento correcto, ni la educación oportuna en el desarrollo de ciertas habilidades que les permitan enfrentarse a una vida sexual sana, datos expresados en los conocimientos negativos, con un 40,6% lo

cual es indicativo de que el conocimiento es limitado en relación a algunos métodos de prevención como el uso del condón y la abstinencia, sobre la educación de las personas enfermas con VIH/SIDA, el rechazo y la discriminación de los mismos, a su vez el hecho de no considerar un posible foco de infección el hecho de hacerse tatuajes.

En cuanto a los conocimientos neutros el 8,4% de los estudiantes universitarios no tienen una opinión a favor ni en contra, no se los define como positivos y tampoco como negativos, lo cual pueda deberse al desinterés que se manifiesta frente a esta enfermedad.

Gráfico N° 2
Componente Cognitivo por Facultad



Fuente: Elaboración propia.

Los datos expuestos, expresan el componente cognitivo que tienen los estudiantes universitarios frente a las personas que viven con el VIH/SIDA en función a cada una de las facultades donde estudian.

De manera general, todas las facultades presentan en mayor proporción de conocimientos positivos frente a la enfermedad del VIH/SIDA, seguidos de conocimientos negativos en una similar distribución por facultad y finalmente la presencia de conocimientos neutros, que también se presentan de manera similar.

La Facultad de Odontología presenta una tendencia cognitiva positiva (55%), al igual que la Facultad de Ciencias de la Salud (55%), en cuanto a sus conocimientos, opiniones y creencias, datos que se presentan en una mayor concentración en relación al resto de las facultades, lo cual puede deberse a la formación académica y profesional como también a la información adquirida sobre esta temática, al ser facultades cuyos propósitos están dirigidos a la salud física de las personas, se encuentran más apoyadas en los cambios orgánicos, apoyo médico, bienestar físico de las personas, análisis de enfermedades, etc., lo cual definitivamente proporciona una concepción teórica que se da dentro de las aulas, en este caso en relación a la enfermedad del VIH/SIDA, formas de contagio, consecuencias, formas de prevención de la enfermedad, etc.

Las demás facultades como Ciencias Jurídicas (52%), Humanidades (51%), Ciencias Económicas y Financieras (51%), Ciencias y Tecnología (50%), finalmente Ciencias Agrícolas y Forestales (49%), en las que se observa una presencia de conocimientos positivos, lo que da a entender la formación que pueden tener los estudiantes universitarios en relación al tema de investigación, lo que evidentemente permite tener una mayor apertura de criterios y estar preparados para aceptar los continuos cambios que se van dando en nuestra sociedad.

5.2. AFECTOS.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo de la investigación que dice: “*Analizar los sentimientos de los estudiantes universitarios*”, se presenta los siguientes datos:

Cuadro N° 4
Sentimientos, Emociones

Preguntas	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
(+) ¿Qué siento por las personas que viven con VIH/SIDA?	145	10,4	692	49,4	564	40,2	1401	100
(+) ¿Qué sentiría si una persona que vive con VIH/SIDA participa en reuniones sociales con mis amigos/as?	76	5,5	572	40,8	753	53,7	1401	100
(+) ¿Qué sentiría por una persona que vive con VIH/SIDA y da a conocer la enfermedad que tiene?	123	8,8	449	32	829	59,2	1401	100
(-) ¿Qué sentiría al ver que están discriminando a una persona con VIH/SIDA?	1133	80,9	223	15,9	45	3,2	1401	100
(+) ¿Qué sentiría compartir con una persona que tiene VIH/SIDA?	109	7,8	602	43	690	49,2	1401	100
(-) ¿Qué sentimiento me produce saber que día a día más personas se contagian con el virus del VIH/SIDA?	1271	90,7	105	7,6	25	1,7	1401	100
(-) ¿Qué sentimiento me produce saber que aún no existe una cura para el VIH/SIDA?	1279	91,3	63	4,5	59	4,2	1401	100
(-) ¿Qué sentiría al saber que los padres no aceptan	974	69,5	326	23,3	101	7,2	1401	100

a un hijo que tiene VIH/SIDA?								
(-) ¿Qué sentiría al saber que un niño con VIH/SIDA no es aceptado en la escuela?	1280	91,4	86	6,1	35	2,5	1401	100
(-) ¿Qué sentiría al ver morir a una persona con VIH/SIDA?	1198	85,5	169	12	34	2,5	1401	100

Fuente: Elaboración propia

❖ En lo que respecta a “*¿qué siento por las personas que viven con VIH/SIDA?*”, el 49,4% de los estudiantes universitarios expresan sentimientos de indiferencia a lo que podrían pasar las personas que tienen la enfermedad, es decir, que no les afecta el saber que alguien es portador/a del VIH/SIDA; esto puede deberse a que no advierten que esta enfermedad conduce a la pérdida de autoestima, a la existencia de sentimientos de culpa, vergüenza, ansiedad, depresión muchas veces a la pérdida de la vida, suicidio, etc.

❖ Ante la pregunta: “*¿qué sentiría si una persona que vive con VIH/SIDA participa en reuniones sociales con mis amigos/as?*” el 53,7% de los estudiantes universitarios tienen sentimientos de rechazo ante la situación de compartir con alguien infectado, lo cual les provoca temor a ser contagiados, es decir sienten inseguridad frente a la enfermedad, lo que los puede hacer actuar y reaccionar de manera negativa hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

En este sentido, uno de los aspectos más preocupantes respecto al SIDA es la falta de información y proliferación de conceptos erróneos, que en muchas ocasiones conducen a actitudes destructivas como la discriminación y la violación de los derechos humanos de las personas afectadas, así como el surgimiento de prejuicios o temores infundados.

❖ El 59,2% de estudiantes universitarios tienen sentimientos de rechazo frente a la enfermedad del VIH/SIDA, porque sienten desagrado ante “*una persona que vive con VIH/SIDA y da a conocer la enfermedad que tiene*”, se considera oportuno comunicar a tiempo a los familiares, amigos más íntimos para que la persona pueda recibir el apoyo necesario, en este caso la situación ocasionaría un rechazo por parte de los demás jóvenes, especialmente porque no tendrían una correcta información con relación a la enfermedad.

Se debe considerar que para las personas infectadas, sus familiares y amigos íntimos, les resulta muy difícil vivir con esta “enfermedad social”, no tanto por las manifestaciones clínicas de la infección, sino porque se sienten prejuizados por la sociedad, donde interactúan en su diario vivir.

Esta situación está generada por el temor que siente la población de ser infectada por la enfermedad, por lo cual es considerada como un estigma social y por lo que los afectados “deben estar separados del resto de la misma”, por ello muchos deciden llevar solos la carga, lo cual ocasiona frecuentemente que se llegue a una depresión profunda.

❖ En la lucha para combatir la transmisión de la enfermedad, la discriminación y las críticas destructivas hacia las personas infectadas con el VIH, son un obstáculo serio, motivo por el cual las personas que viven con el VIH se apartan por sí mismas de la asistencia que necesitan debido al temor a reacciones negativas de los otros.

En este sentido, se puede observar que el 80,9% de estudiantes universitarios tienen un sentimiento de aceptación frente a la enfermedad, porque les **“desagrada que se discrimine a una persona que tiene el VIH-SIDA”**, es decir, les causa incomodidad que se discrimine a las personas que viven con la enfermedad, haciéndoles críticas destructivas, comentarios inapropiados y dando a conocer opiniones negativas sobre su condición de salud.

Esta situación se constituye en un impedimento para buscar ayuda, comprensión, y aceptación, tanto en su entorno como en las personas más allegadas al adolescente en este caso la familia, por lo que se puede tender a ocultar la enfermedad.

❖ El cómo tratar a una persona con el VIH/SIDA, es un tema sumamente delicado y complejo; la mayoría de las personas, frente a la situación de tener un amigo o familiar infectado, reaccionan de manera errónea; juzgándolos, hostigándolos con preguntas de principio a fin para después abandonarlos en la soledad.

En cuanto a la pregunta: **“¿qué sentiría compartir con una persona que tiene VIH/SIDA?”**, el 49,2% de los estudiantes universitarios tienen sentimientos de rechazo, de lo cual se puede deducir que sería desagradable para ellos tener un contacto social o casual con una persona que vive con el VIH/SIDA, no pudiendo llegar a interrelacionarse y

teniendo sentimientos de incomodidad en el momento de dar la mano, compartir los cubiertos, o estar en el mismo salón de clases.

❖ En relación a la pregunta: “*¿qué sentimiento me produce saber que día a día más personas se contagian con el virus del VIH/SIDA?*”; un 90,7% de los estudiantes universitarios tienen sentimientos de aceptación frente a la enfermedad, lo cual nos indica que les desagrada de sobremanera que se propague la enfermedad, conocen que la enfermedad del VIH-SIDA no se contagia como el resfrío, sino que se infecta teniendo un contacto sexual con alguien que tiene la enfermedad, por jeringas infectadas y una madre embarazada.

El hecho de conocer que más y más gente se contagia implica a su vez que los jóvenes no están tomando en cuenta o aplicando los métodos de protección. Tanto en Bolivia como en Tarija se evidencia que muchos jóvenes comienzan una actividad sexual a temprana edad, en este sentido, se considera que si han iniciado su vida sexual, deben hacer uso correcto del preservativo (condón) en todas sus relaciones coitales, estos preservativos han demostrado ser la mejor manera de disminuir considerablemente el riesgo de contraer el VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

❖ Las personas que padecen la enfermedad del VIH y que son detectados a tiempo, pueden reincorporarse a su vida laboral, social, educativa y buscar ayuda profesional de forma que les permita auto responsabilizarse y fortalecer su autoestima, para interrelacionarse con su entorno y sus pares. Pero cuando la enfermedad del SIDA está en la última etapa ya es más difícil para la persona, puesto que se encuentran muy deteriorados tanto física como emocionalmente para seguir luchando por sus metas.

En este sentido y en relación a: “*¿qué sentimiento me produce saber que aún no existe una cura para el VIH/SIDA?*”, los estudiantes universitarios en un 91,3% sienten desagrado a la no existencia de una cura para la enfermedad, esto los sitúa en una categoría con sentimientos de aceptación frente a la enfermedad, puesto que en una persona infectada se reconoce que sus intereses, sueños, aspiraciones y proyectos son afectados, su vida completa es afectada, llegando la mayoría de los casos a la muerte.

Todo esto implica que tienen conocimiento de que la enfermedad puede ser un gran obstáculo para alcanzar un futuro próximo al no existir una cura para la misma.

❖ Para la familia, la enfermedad del VIH/SIDA provoca una serie de interrogantes, miedos y desafíos. En medio de estos desafíos, en muchos casos se hace muy difícil el enfrentamiento positivo, porque, junto con el miedo a la muerte, el qué dirán, los prejuicios sociales, la familia debe aprender a lidiar y convivir con el VIH-SIDA.

Actualmente, persisten reacciones de discriminación y estigma contra las personas que viven con el VIH, no sólo de la sociedad sino de la propia familia, que es el grupo del cual se espera un apoyo inmediato e incondicional a la persona infectada. Por lo que las personas portadoras son rechazadas por sus familias y amigos, escuela, colegio, instituciones, despedidas de sus trabajos, etc., lo que se constituye en consecuencias sociales del SIDA.

En este sentido y ante las preguntas: “*¿Qué sentiría al saber que los padres no aceptan a un hijo que tiene VIH/SIDA?*” (69,5%) y “*¿qué sentiría al saber que un niño con VIH/SIDA no es aceptado en la escuela?*” (91,4%), los estudiantes universitarios tienen sentimientos de desagrado ante esta situación, es decir les disgustaría que un hijo con VIH/SIDA sea rechazado por sus padres, lo propio con el hecho de que un niño sea rechazado en su colegio por estar infectado, esto los ubica por sus respuestas en la categoría de sentimientos de aceptación en el componente afectivo frente a la enfermedad.

Esto quiere decir que consideran que algunas personas que viven con el VIH, aparte de ser marginados por la sociedad, instituciones, también lo serían por la familia y por la escuela, en este sentido los universitarios sienten que no es bueno que los padres rechacen a sus hijos por ser portadores del virus o que un niño tenga que dejar de estudiar por su enfermedad, ambas son maneras hostiles de dirigirse hacia las personas con VIH y esto no ayuda de ninguna manera a que se pueda enfrentar de manera positiva la enfermedad.

A esta situación se debe acotar que el niño y su familia tienen derecho a no revelar el diagnóstico en la escuela. La información sobre la situación, previo consentimiento de sus padres o tutores se da únicamente al director y a algunos profesores, no informándose a los

padres y al resto de los estudiantes del aula. Se considera que con esta estrategia se permite una “escolarización normalizada”, y que una información más generalizada solamente consigue el rechazo del estudiante afectado.

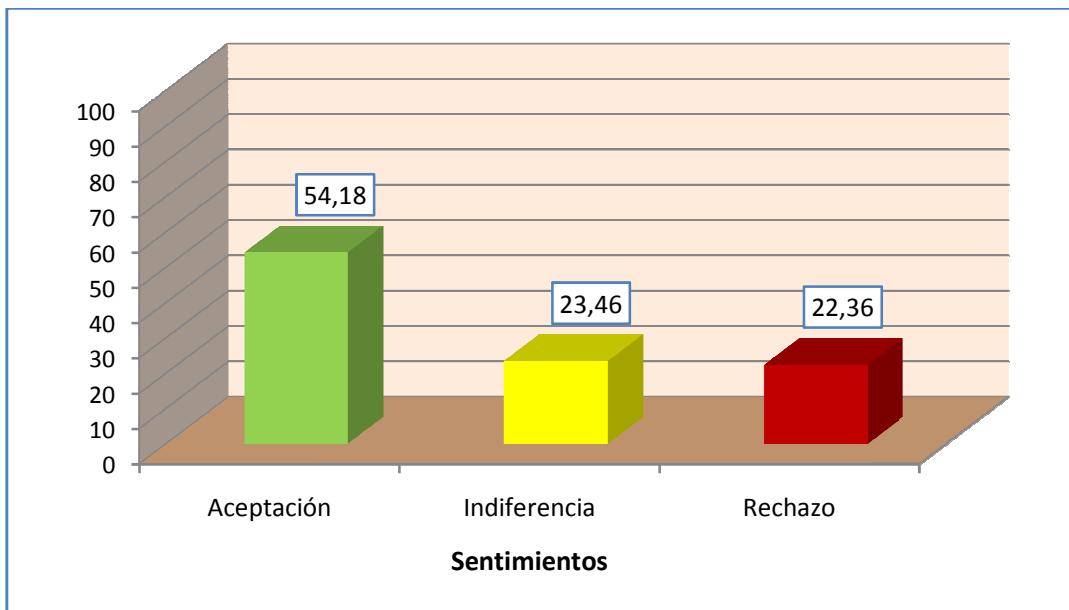
❖ Finalmente, en cuanto a “*¿qué sentiría al ver morir a una persona con VIH/SIDA?*”, por las respuestas emitidas, los estudiantes universitarios se ubican en la escala de sentimientos de aceptación (85,5%), esto es indicativo de que les desagrada de sobremanera ver morir a alguien que esté enfermo con VIH/SIDA.

Actualmente muchos jóvenes en nuestra sociedad no se someten voluntariamente a las pruebas de VIH-SIDA por un lado está la falta de información, por otro la percepción de no querer estar en alto riesgo y por último el evitar ser prejuiciados por la sociedad ante la falta de privacidad médica.

Así también, en nuestro medio se habla sobre la enfermedad del VIH-SIDA; de cómo podemos prevenir de no ser infectados o las conductas de riesgo y acerca de las causas y consecuencias a las que nos exponemos, pero lamentablemente estos temas no siempre son abordados adecuadamente, y no se da la información en el momento oportuno, llegándose a este tipo de situación donde la persona pierde la vida a causa de la enfermedad.

A esto hay que añadir que si los jóvenes no reciben la información idónea y no toman conciencia de que la enfermedad del VIH/SIDA forma parte de nuestra realidad social, se da netamente un sentimiento de temor que sólo provocará que se paralicen ante esta situación y no tomen ninguna medida de prevención.

Gráfico N° 3
Componente Afectivo
(Valoración General)



Fuente: Elaboración propia.

El componente afectivo se refiere al sentimiento de aceptación o de rechazo que una persona experimenta hacia un objeto específico, este componente tiene un valor muy importante ya que pueden existir actitudes sin cogniciones pero no puede haber actitudes sin un componente afectivo.

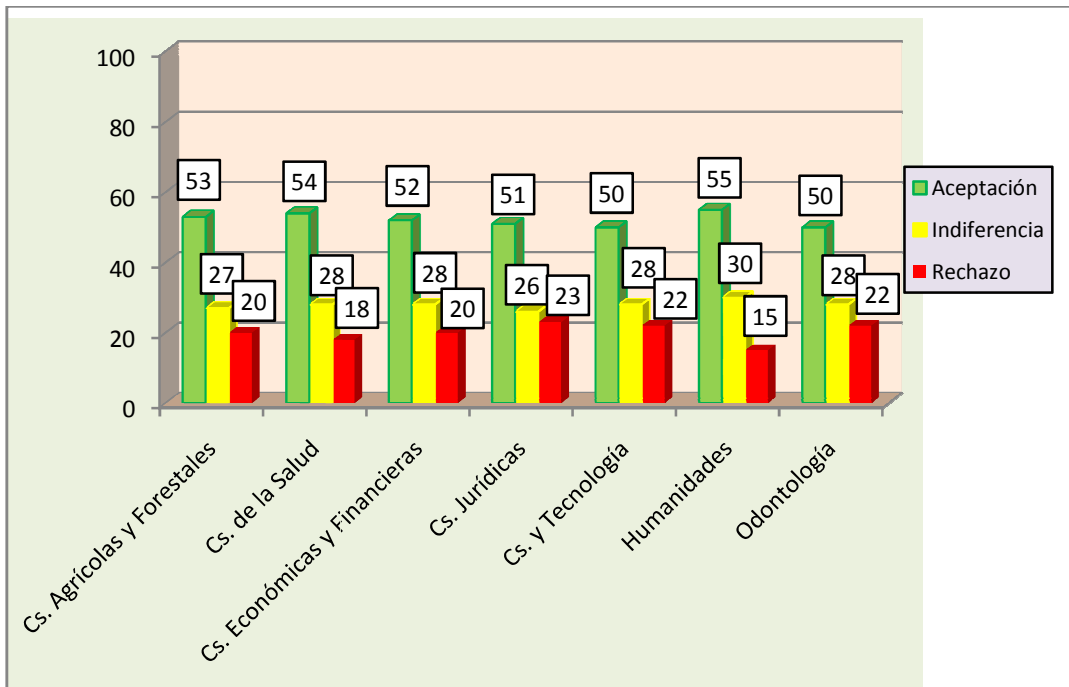
Esta carga emocional se muestra en los resultados donde se refleja que priman los sentimientos de aceptación, puesto que un 54,18% de los estudiantes universitarios tienen sentimientos positivos o favorables hacia la enfermedad VIH/SIDA, manifestados por un rechazo a la discriminación, al contagio diario, a la falta de cura para la enfermedad, la negación a un niño para continuar sus estudios o el hecho de ver morir a una persona con VIH/SIDA provoca en el universitario estos sentimientos.

Los sentimientos de indiferencia están expresados en un 23,46% de estudiantes universitarios, esto es indicativo de que no existen sentimientos de agrado, ni desagrado, por lo que no se interesan por las personas que viven con VIH/SIDA.

Finalmente un 22,36% de estudiantes universitarios manifiesta sentimientos de rechazo, de desagrado, lo que significa que son estudiantes que afectivamente no quieren involucrarse con personas que viven con VIH/SIDA.

Estos resultados indican que al tener un alto grado de sentimientos de aceptación en el componente afectivo, los adolescentes, tienden a manifestar reacciones positivas hacia las personas que viven con la enfermedad del VIH/SIDA.

Gráfico N° 4
Componente Afectivo por Facultad



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al componente afectivo tomando en cuenta las diferentes facultades, se puede observar claramente que quienes tienen una mayor concentración en los sentimientos de aceptación son los estudiantes universitarios de la Facultad de Humanidades (55%) junto con la Facultad de Ciencias de la Salud (54%), donde manifiestan sentimientos de aceptación hacia la enfermedad. Esto significa que la mayoría de los estudiantes de estas facultades no tienen dificultad en relacionarse afectivamente con personas que tienen la enfermedad.

Todas las facultades tienen una predominancia en los sentimientos de aceptación, así Ciencias Agrícolas y Forestales (53%), Ciencias Económicas y Financieras (52%), Ciencias Jurídicas (51%), Odontología (50%) y finalmente Ciencias y Tecnología (50%), donde

también predominan los sentimientos de aceptación frente a la enfermedad; a su vez en todas las facultades también se encuentran presentes los sentimientos de indiferencia casi en igual proporción a los de rechazo, que son indicativos de que por un lado no les interesa las personas enfermas con VIH/SIDA y por otro lado que los estudiantes sienten que no deben involucrarse con las personas portadoras.

De manera general se puede observar que casi todas las facultades objeto de estudio presentan sentimientos de aceptación frente a la enfermedad de VIH/SIDA, esta información da a entender que existe una actitud positiva en relación a los sentimientos frente a la enfermedad, puesto que están en contra de la discriminación, del contagio diario, de la falta de cura para la enfermedad, de la negación a un niño para continuar sus estudios o el hecho de ver morir a una persona con VIH/SIDA provoca en el universitario estos sentimientos.

Por último, así como se indicó en el marco teórico, muchas veces los sentimientos son determinantes a la hora de indicar si el sujeto se coloca a favor o en contra de un determinado objeto o situación.

5.3. CONDUCTAS.

Para dar cumplimiento al tercer objetivo de la investigación que dice: *“Describir las conductas de los estudiantes universitarios”*, se presenta los siguientes datos:

Cuadro N° 5
Comportamientos, Conductas

Afirmaciones	Positivas		Indiferentes		Negativas		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
(+) Si me pidiese algún tipo de ayuda una persona que vive con VIH/SIDA, se la daría.	31	2,2	205	14,6	1165	83,2	1401	100
(+) Aceptaría como compañero/a de trabajo a una persona que vive con VIH/SIDA.	48	3,4	231	16,5	1122	80,1	1401	100

(+) Tendría como amigo/a a una persona que vive con VIH/SIDA	55	3,9	241	17,3	1105	78,8	1401	100
(-) Si me entero que un docente de la Universidad tienen VIH/SIDA exigiría que sea destituido.	1076	76,8	211	15,1	114	8,1	1401	100
(-) Prefiero estar alejado de las personas con VIH/SIDA.	827	59	390	27,8	184	13,2	1401	100
(+) Compartiría la misma casa con una persona que tiene VIH/SIDA.	197	14	476	34	728	52	1401	100
(+) Compartiría el mismo baño con una persona que tiene VIH/SIDA.	469	33,5	531	37,9	401	28,6	1401	100
(-) Si me entero que mi pareja tiene VIH/SIDA la/o dejaría.	440	31,4	603	43	358	25,6	1401	100
(+) Daría un beso a una persona que tiene VIH/SIDA.	314	22,5	541	38,5	546	39	1401	100
(+) Apoyaría a un estudiante con SIDA a buscar ayuda médica.	574	41	614	43,8	213	15,2	1401	100

Fuente: Elaboración propia

❖ Respecto a la afirmación: *“si me pidiese algún tipo de ayuda una persona que vive con VIH/SIDA, se la daría”*, el 83,2% de los estudiantes universitarios tienen una predisposición comportamental negativa, es decir, no están dispuestos a dar apoyo a aquellas personas que tienen la enfermedad, a que estén seguras de que pueden contar con el respaldo de alguien para afrontar la situación de una manera tranquila, puesto que la enfermedad trae ciertamente situaciones que afectan la calidad de vida de las personas, tanto familiar como socialmente, es necesario buscar ayuda profesional, para que se realicen la prueba de diagnóstico y reciban tratamiento lo antes posible.

❖ En muchos países, como también en Bolivia se han promulgado leyes que castigan al que niegue un puesto de trabajo a una persona con VIH, aunque en estos últimos años se han logrado importantes mejoras en cuanto a la igualdad de oportunidades, los hechos demuestran que todavía queda un largo camino por recorrer.

En este marco y ante la afirmación: ***“Aceptaría como compañero/a de trabajo a una persona que vive con VIH/SIDA”***, en concordancia con lo mencionado, el 80,1% de los estudiantes universitarios, tienen una predisposición comportamental negativa, manifestada por el hecho de no trabajar con nadie que tenga la enfermedad.

Se debe aclarar que esta situación no es enfrentada con madurez y aprecio por parte de las personas que pueden llegar a tener un contacto directo o indirecto, con personas que viven con el VIH; donde es probable que predomine el prejuicio y la discriminación en el entorno social.

❖ En cuanto a: ***“tendría como amigo/a a una persona que vive con VIH/SIDA”***, el 78,8% de los estudiantes universitarios, tienen una predisposición comportamental negativa, es decir que tienen problemas para realizar o compartir actividades cotidianas que impliquen una aproximación con personas portadoras de la enfermedad; no pueden llegar a interrelacionarse porque consideran que son conductas de riesgo, que pueden llegar a contagiarse, por lo que tratarían con apatía a sus compañeros, ya que no tienen un conocimiento correcto sobre la transmisión de esta enfermedad.

❖ En estos tiempos, si bien existe más información acerca del VIH-SIDA, aún la sociedad sigue teniendo un tabú y prefiere discriminar a las personas que están viviendo con la enfermedad, haciendo oídos sordos de la misma, que forma parte ya de nuestra realidad.

En cuanto a: ***“si me entero que un docente de la Universidad tiene VIH/SIDA exigiría que sea destituido”*** el 76,8% de los estudiantes universitarios tiene una predisposición comportamental positiva, puesto que están de acuerdo que las personas que viven con VIH, que en este caso los docentes tengan los mismos derechos, de asistir y desempeñarse en su profesión.

❖ Las personas que viven con el VIH, muy jóvenes muchos de ellos, son abatidos por diversas dudas existenciales; con frecuencia no comprenden bien las razones de su sufrimiento, les preocupa y le temen al dolor, a la soledad, a que su vida carezca de sentido.

En este marco y ante la afirmación: ***“prefiero estar alejado de las personas con***

VIH/SIDA”, el 59% de los estudiantes universitarios se ubican con una predisposición comportamental positiva; puesto que demuestran conductas activas al saber que otra persona está padeciendo la enfermedad, no se retiran o se hacen a un lado sino más bien no tienen inconvenientes para involucrarse con ellas.

Los jóvenes portadores de VIH, necesitan compartir sus dudas, miedos con sus amigos/as y así sentir que aún pertenecen al grupo de pares, por lo que la indiferencia de la sociedad, sobre todo del entorno con el que se relacionan las personas que viven con VIH, tiene grandes consecuencias psicológicas, lo cual conduce en muchos casos a la depresión, el estrés, la falta de autoestima y la desesperación.

❖ Es muy importante que la juventud infunda en la humanidad la sinceridad de sus ideales y que no se mantenga inerte ante la forma de vida que llevan sus compañeros, ya que el tiempo que pasan con ellos es mucho más que con sus propias familias. Esto hace que jueguen un rol muy importante a la hora de tomar alguna decisión personal, ya que pueden percatarse del riesgo al que se exponen ante una sociedad insegura.

En cuanto a las afirmaciones: ***“Compartiría la misma casa con una persona que tiene VIH/SIDA”*** en un 52% y ***“Daría un beso a una persona que tiene VIH/SIDA”*** con un 39% de estudiantes universitarios, de acuerdo a sus respuestas se ubican en una predisposición comportamental negativa, lo que nos indica que en situaciones de intimidad los universitarios prefieren mantener conductas de alejamiento, ya que no se sienten dispuestos a tomar parte y estar involucrados en situaciones de interrelación directa con personas infectadas.

Se conoce que el VIH-SIDA no se contagia por estar cerca de una persona infectada con el virus, la transmisión del VIH ocurre por el comportamiento de una persona al tener relaciones coitales sin protección con alguien que es portador de la misma, de esta manera se llega a adquirir el virus.

Es importante que el actuar de los jóvenes sea de una forma consciente puesto que así tendrán la oportunidad de fortalecer sus conductas personales y su capacidad para convivir, respetándose y respetando a los demás.

❖ Los estudios confirmaron que la enfermedad del VIH/SIDA se transmite únicamente por contacto coital, por inyección, transfusión de sangre contaminada y de madre a hijo durante el embarazo, y no se contagia al tocar, abrazar, dar la mano a una persona infectada, ni tampoco se propaga al toser, estornudar, compartir vasos, platos, ni manijas de puertas.

Por otra parte, todo sujeto tiene el derecho de vivir una sexualidad sana y placentera libre de presiones y que deben ser ello/as y no la cultura, la televisión o los amigos/as quienes decidan cuándo, cómo y dónde tener una relación sexual.

En este sentido y con relación a que: ***“compartiría el mismo baño con una persona que tiene VIH/SIDA”*** el 37,9% y a su vez ***“si me entero que mi pareja tiene VIH/SIDA la/o dejaría”*** un 43% de estudiantes universitarios tienen una predisposición comportamental indiferente, es decir que no existen conductas positivas ni negativas ante estas situaciones, al parecer no les importa si comparten o no el mismo baño, o que si dejan o no a la pareja que pueda tener la enfermedad. Existe una indiferencia de aislar o no a las personas que tienen VIH; esto se debe tal vez a una información inadecuada, que no les permite tener una predisposición comportamental clara en relación a la enfermedad puesto que no se define si prefieren o no tener una relación próxima con estas personas.

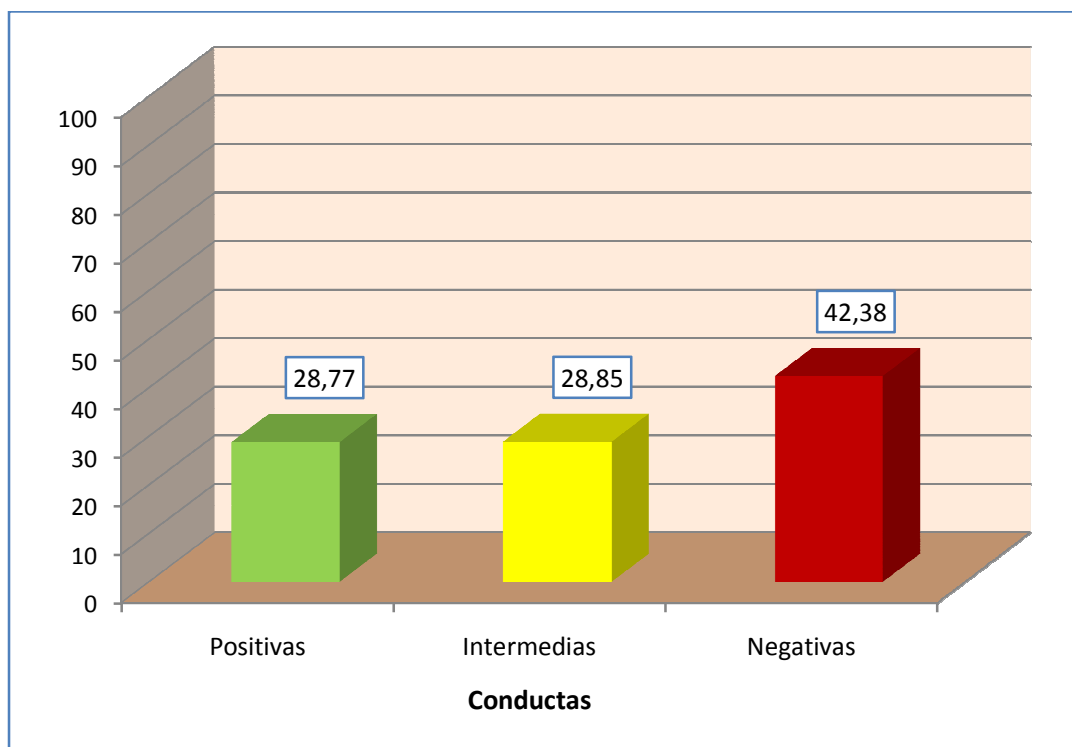
❖ En nuestra sociedad, son pocos los que se hacen la prueba del VIH/SIDA, por lo tanto no existe una consecuencia clara de ser portador o no de la enfermedad, ya que al ser esta enfermedad asintomática en los primeros años, convierte a los jóvenes en grupos de alto riesgo.

Cuando una persona es diagnosticada de VIH, lo primero que se piensa es en la muerte social, más que en la muerte física, también existen interrogantes acerca de si debe compartir esa información con la familia y con los que le rodean. En medio de la incertidumbre, el sujeto puede decidir que lo mejor es decirlo poco a poco, aunque existen muchos casos que ocultan la enfermedad de todos inclusive de sus seres más allegados.

En la presente investigación, los estudiantes universitarios en cuanto a la afirmación ***“apoyaría a un estudiante con SIDA a buscar ayuda médica”***, un 43,8% manifiestan una predisposición comportamental de indiferencia, es decir que no se los puede calificar como positivos y tampoco como negativos, lo cual quizá pueda deberse al desinterés que se manifiesta frente a esta enfermedad, donde el universitario no está definido en tomar parte, en estar involucrado de forma activa o de apoyar a sus compañeros de estudio en busca de su salud y bienestar. Dicho de otra manera no existe una definición a intervenir de una forma sincera, en el momento de manifestar apoyo al amigo/a o compañero que está pasando por esta circunstancia.

Se debe aclarar que no sería lo adecuado, puesto que la enfermedad se la debe afrontar con el apoyo de todos los seres queridos y definitivamente contar con la ayuda profesional lo antes posible, puesto que los jóvenes al sentirse desamparados emocionalmente y al no contar con la comprensión de su familia, buscan en los compañeros de estudio un refugio o respaldo para poder sobrellevar la situación de contagio que, al mismo tiempo, le ocasiona una profunda depresión.

Gráfico N° 5
Componente Conductual
(Valoración General)



Fuente: Elaboración propia

El componente conductual, está definido como la predisposición a comportarse tomando en cuenta las creencias, opiniones, sentimientos; si una persona considera que algo es negativo y peligroso sentirá rechazo hacia ello y tenderá a evitarlo; por el contrario, si le resulta positivo y le produce sentimientos de agrado o atracción, tenderá a poseerlo.

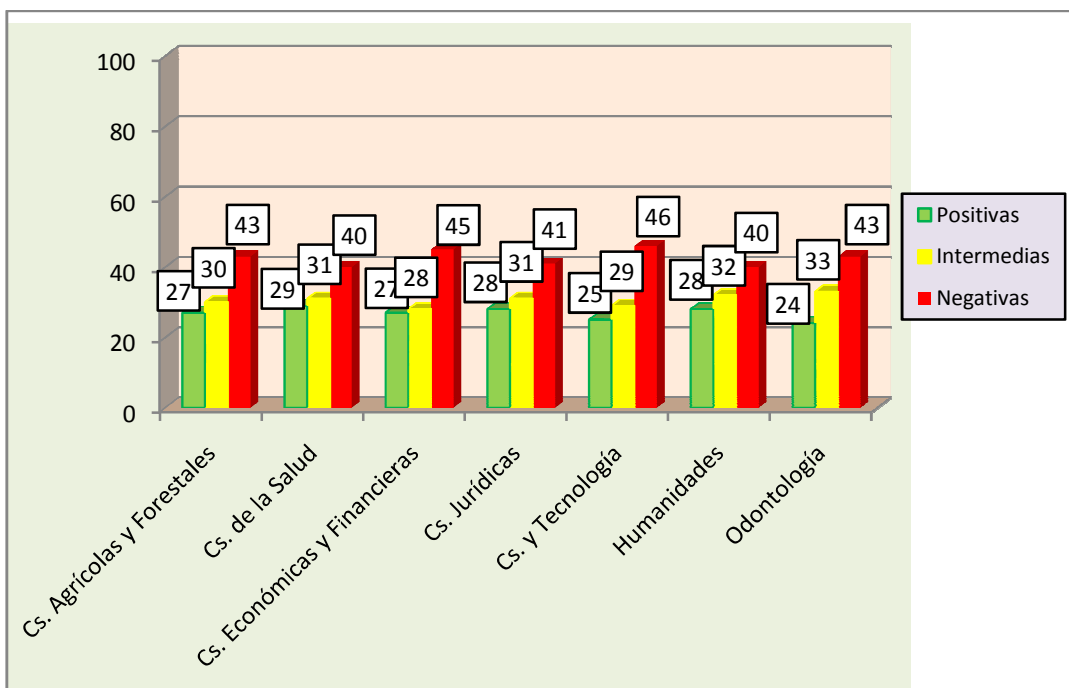
Los resultados que muestra la gráfica con relación al componente conductual denotan que el 42,38% de los estudiantes universitarios, tienen una predisposición comportamental negativa, es decir, que se puede deducir de ellos conductas negativas a la hora de ayudar a personas que viven con la enfermedad, el hecho de no aceptar a un compañero de trabajo infectado y tampoco a un amigo que tenga VIH/SIDA, como a su vez la situación de no compartir la misma casa o el hecho de no dar un beso a una persona infectada.

A su vez, un 28,85% de los estudiantes universitarios tienen una predisposición comportamental intermedia, es decir, que no se puede deducir de ellos conductas positivas o negativas a la hora de brindar apoyo a otros estudiantes que pueden tener la enfermedad,

en el momento de compartir un mismo baño con una persona infectada, o en el hecho de dejar a la pareja si tiene la enfermedad.

Finalmente, se tiene un 28,77% de estudiantes universitarios que manifiestan conductas positivas, establecidas sobre todo por el hecho de aceptar a un docente que tiene VIH/SIDA y el hecho de no mantenerse alejado de las personas que tienen la enfermedad, esta situación puede estar dada por la condición de estudiantes universitarios que tienen.

Gráfico N° 6
Componente Conductual por Facultad



Fuente: Elaboración propia.

En el componente comportamental o conductual, se puede observar una predisposición a realizar conductas negativas frente a la enfermedad del VIH/SIDA en los estudiantes universitarios de todas las facultades donde se ha realizado la investigación.

Si se observa detenidamente los datos, se puede apreciar que todas las Facultades de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, así la de Ciencias y Tecnología (46%), Ciencias Económicas y Financieras(45%), Ciencias Agrícolas y Forestales (43%), Odontología (43%), Ciencias Jurídicas (41%), Humanidades (40%) y Ciencias de la Salud (40%) manifiestan una tendencia conductual negativa, lo que indica que las mismas procuran realizar conductas de evitación y discriminación frente a la enfermedad, por lo que sus conductas son negativas, manifestando la falta de tolerancia, apoyo, amistad, integración, etc.

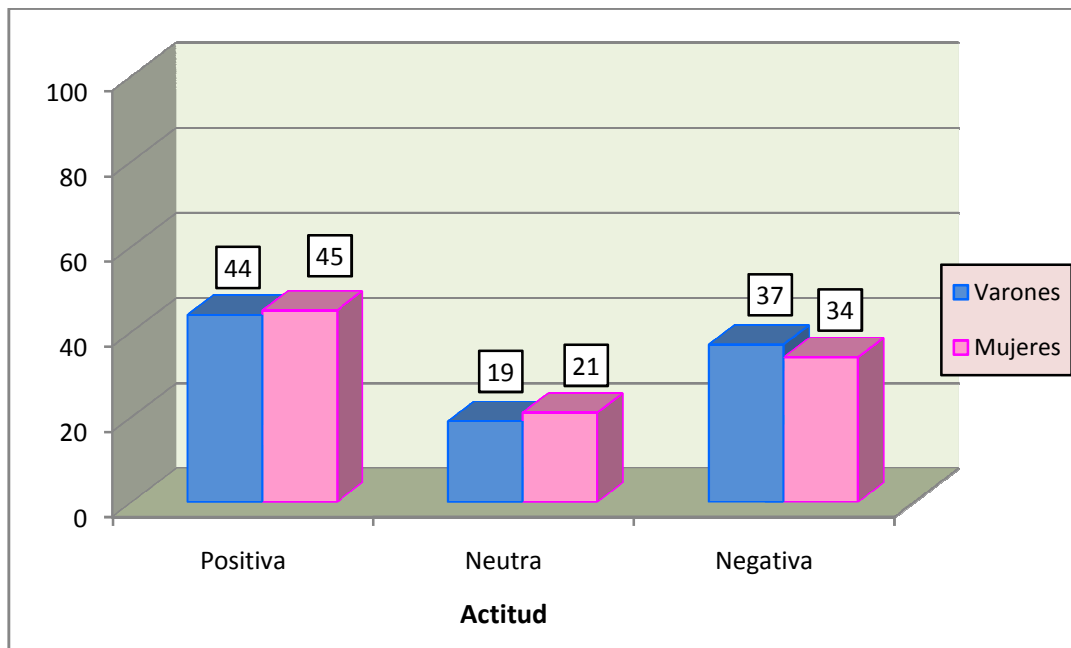
Por otra parte, todas las facultades presentan conductas intermedias, las que de ninguna manera indican conductas de rechazo, sino más bien de indecisión, que no aceptan ni rechazan a las personas enfermas, es decir se mantienen al margen de la situación o problema, tampoco implicarían conductas de aceptación, acercamiento hacia las personas que tienen VIH/SIDA, como tampoco de discriminación, y negación, etc.

Por último y al igual que los anteriores datos, en todas las facultades los estudiantes universitarios presentan una tendencia conductual positiva, manifestándose inferior a la de los otros componentes de la actitud, lo que indica que los estudiantes no procuran realizar conductas de evitación, discriminación frente a la temática, por lo que sus conductas son positivas, manifestando cierta tolerancia y aceptación, etc.

5.4. ACTITUD FRENTE AL VIH/SIDA

Con el objeto de profundizar el análisis de la actitud, se presenta el análisis de la actitud en cuanto al sexo de los universitarios, seguidamente se analizan los componentes de la actitud, para finalizar con el análisis de la actitud en función de los datos generales frente al VIH/SIDA que tienen los estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”.

Gráfico N° 7
Actitud frente al VIH/SIDA en cuanto al sexo



A partir de los resultados que muestra la gráfica en relación a la actitud frente a la enfermedad del VIH/SIDA, se puede evidenciar que los universitarios, tanto varones (44%) como mujeres (45%) de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, presentan una actitud positiva, compuesta por sus conocimientos, afectos y predisposición comportamental hacia la enfermedad del VIH/SIDA.

En un grado inferior se presenta una actitud negativa hacia la enfermedad, dado en una igual proporción tanto en varones (37%) como en mujeres (34%) y finalmente una actitud neutra compuesta por el 19% en varones y el 21% en mujeres.

Si bien se llega a determinar la actitud en los estudiantes universitarios, los resultados son llamativos debido a que no se supera el 50% en cuanto a la predisposición que puedan tener los mismos. Se tiene una muestra dividida por sus criterios, afectos y conducta, en cuanto a su sexo no media ninguna diferencia, puesto que las respuestas son similares en los dos casos.

Cuadro N° 6
Componentes de la Actitud

Comp. Afectivo	Componente Cognitivo	Componente Conductual						Total	
		Positiva		Intermedia		Negativa			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Sentimiento de Aceptación	Conocimiento Positivo	183	24	42	5,6	104	13,7	329	43,3
	Conocimiento Neutro	40	5,2	50	6,6	60	7,9	150	19,7
	Conocimiento Negativo	82	10,9	79	10,4	119	15,7	280	37
	Total	305	40,2	171	22,5	283	37,3	759	100
Sentimiento de Indiferencia	Conocimiento Positivo	42	12,8	38	11,5	55	16,7	135	41
	Conocimiento Neutro	28	8,6	20	6	46	14	94	28,6
	Conocimiento Negativo	34	10,3	29	8,8	37	11,3	100	30,4
	Total	104	31,6	87	26,5	138	41,9	329	100
Sentimiento de Rechazo	Conocimiento Positivo	45	14,4	33	10,5	70	22,4	148	47,3
	Conocimiento	26	8,3	9	2,9	18	5,7	53	16,9

	Neutro								
	Conocimiento Negativo	44	14	33	10,6	35	11,2	112	35,8
	Total	115	36,8	75	23,9	123	39,3	313	100

Fuente: Elaboración propia.

Si todo comportamiento es una respuesta a una situación estimular, la actitud no es el comportamiento, sino una variable intermediaria que permite explicar el paso de la situación estimular a la respuesta. No es ni respuesta ni estímulo, sino una predisposición o preparación valorada para actuar de un modo determinado con preferencia a otro.

Los tres componentes de la actitud interactúan entre sí, el componente afectivo es el que tiene un valor muy importante ya que puede existir actitudes sin cogniciones pero no puede haber actitudes sin un componente afectivo. La actitud del individuo está determinada fundamentalmente por el sentimiento a favor o en contra, de ese objeto social, es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

En este sentido, si se interrelacionan los tres componentes se tiene una actitud caracterizada por sólo un 24% de los estudiantes universitarios que presentan sentimientos de aceptación; con conocimientos positivos y una predisposición comportamental positiva.

La valoración emocional positiva que tienen los estudiantes universitarios se establece con una predisposición a la acción; sería la inclinación a actuar de un modo positivo hacia las personas que tienen la enfermedad, de los cuales sus opiniones y creencias están relacionadas con su comportamiento y sentimientos de modo positivo o de aceptación hacia la enfermedad del VIH/SIDA.

Seguidamente se encuentra un 22,4% de los estudiantes universitarios que tienen sentimientos de rechazo, con un conocimiento positivo y una predisposición comportamental negativa.

Los estudiantes universitarios demuestran sentimientos de rechazo, hacia la enfermedad del VIH/SIDA en relación a las personas que la padecen, como ya se dijo, el componente afectivo tiene un valor muy importante ya que puede existir actitudes sin cogniciones pero no puede haber actitudes sin un componente afectivo. Lo cual indica que la actitud de los universitarios determinará reacciones desfavorables en relación a la enfermedad. Pero al tener una representación cognoscitiva positiva, asumen percepciones y creencias también positivas, a esto se le añaden los sentimientos de rechazo, por lo que se puede deducir que los estudiantes van a emitir conductas en contra, negativas, desfavorables en relación a la enfermedad.

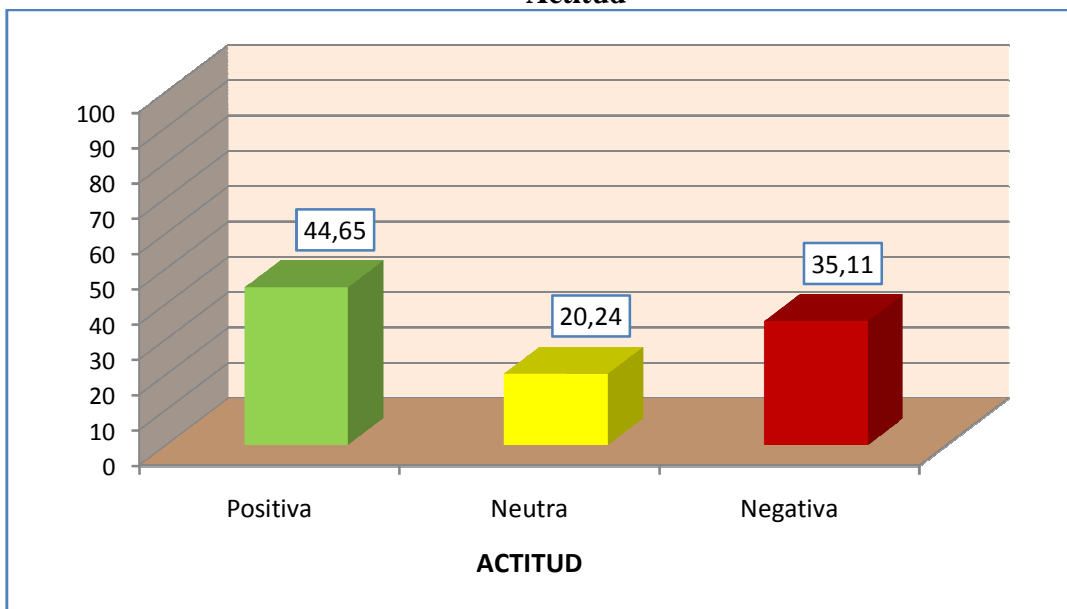
Por último se encuentra un 16,7% de los estudiantes universitarios que tienen sentimientos de indiferencia con un conocimiento positivo y un componente conductual negativo.

El sentimiento de indiferencia que presentan los universitarios, hacia la enfermedad del VIH/SIDA no puede ser demostrada por la acción; lo contrario, toda acción necesariamente significa una elección, y toda elección significa una preferencia determinada, que es caracterizada por la falta de **aceptación** o rechazo hacia la enfermedad; por lo tanto, los universitarios no manifiestan sentimientos de aceptación ni de rechazo.

En cuanto a la representación cognoscitiva del tema, es positiva, lo cual no está relacionado con la conducta que también es negativa, pero tomando en cuenta sus creencias, opiniones y sobre todo sus sentimientos que son de indiferencia, no podemos deducir qué conducta podrían emitir ante la situación de la enfermedad del VIH-SIDA en relación a las personas que presentan VIH/SIDA.

En general, prima una actitud positiva estrechamente seguida por una actitud negativa, de rechazo basada en los sentimientos que tienen los estudiantes universitarios.

Gráfico N° 8
Actitud



Fuente: Elaboración propia

En los resultados obtenidos de la actitud de los estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho frente a la enfermedad del VIH-SIDA, se puede evidenciar, que tanto el componente: cognitivo, afectivo, se encuentran en una actitud positiva, existiendo una diferencia en el componente conductual donde se manifiesta una actitud negativa.

De manera general se puede observar, que los estudiantes de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho presentan una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA (44,65%) caracterizada por conocimientos positivos y sentimientos de aceptación hacia la enfermedad.

Por otra parte, se presenta casi correlativamente una actitud negativa (35,11%) de los estudiantes universitarios frente a la enfermedad del VIH/SIDA, caracterizada por una falta de solidaridad, apoyo, ayuda hacia las personas que tienen esta enfermedad.

Finalmente, se presenta una actitud neutra (20,24%), de indecisión, que no se la considera ni favorable ni desfavorable, lo cual como se ha podido constatar se debe a una falta de

conocimientos acerca de la enfermedad y una carencia de conductas de apoyo e identificación hacia las personas que la padecen.

5.5. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO.

Para dar cumplimiento al cuarto objetivo de la investigación que dice: *“Proponer un programa psicoeducativo para el logro de una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA”*, se presenta el siguiente programa.

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el programa los estudiantes serán capaces de:

- Valorar a las personas que viven con VIH/SIDA a partir de la información sobre las características de la enfermedad, las formas de transmisión y sus derechos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características del VIH/SIDA.
- Describir las diferentes formas de transmisión del VIH/SIDA.
- Identificar los derechos que tienen las personas que viven con VIH/SIDA

METODOLOGÍA

En el presente programa para disminuir la discriminación de los estudiantes universitarios hacia las personas con VIH/SIDA, se utilizará una metodología participativa.

El programa está dirigido a, estudiantes universitarios de las diferentes carreras de la Universidad “Autónoma Juan Misael Saracho”, la participación será voluntaria, cada sesión estará conformado por treinta alumnos, los cuales se dividirán en grupos de cinco personas.

El programa consta de tres sesiones, cada sesión tendrá un tiempo aproximado de 2 horas.

Sesión N° 1

Objetivo: Identificar las características del VIH/SIDA.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	TIEMPO
Presentación.	Brindar la bienvenida a los estudiantes y dar a conocer los objetivos del programa.	Se hará una presentación de los facilitadores, del programa y los objetivos.	Papelógrafos Marcadores	20 min.
Dinámica “La tela de araña”	Conocer a los participantes, y sus expectativas sobre el programa.	Se realizará un círculo en el cual una persona tiene un ovillo de lana sujetando por un extremo, él debe presentarse diciendo su nombre, aficiones, y perspectivas del programa. Posteriormente, debe lanzar el ovillo a otro compañero, pero debe de sujetar el extremo de forma que la lana cuelgue entre ambos. El siguiente repetirá la operación de presentarse y volverá a lanzar el ovillo a otra persona distinta pero sujetando el trozo de lana. Cuando ya todos	Ovillo de lana.	30min.

		<p>hayan recibido la lana, esta formará un entramado similar al de una tela de araña, ahora para desenvolverlo, se hará de forma inversa, devolviendo el ovillo a la persona que te lo dio y recordando todos sus datos de cuando se presentó.</p>		
Visualización de los Temas	<p>El objetivo es lograr que los universitarios aporten voluntariamente con sus conocimientos acerca de la enfermedad.</p>	<p>Se planteará el tema en cuestión para que los participantes aporten con sus conocimientos, los cuales serán anotados en las tarjetas que se entregará a cada participante, una vez elaboradas las respuestas, se pegarán en la pizarra para debatir sobre las respuestas escritas.</p>	<p>Marcadores Hojas bond pliego Tarjetas Cinta maskin</p>	30min.
Exposición de los Temas	<p>El objetivo es que los estudiantes logren identificar</p>	<p>Se expondrán los temas; esta exposición se hará</p>	<p>Computadora Diapositivas Proyectora</p>	40min.

	<p>sus características.</p> <p>El objetivo es que los estudiantes aclaren las dudas que puedan tener.</p>	<p>con la ayuda de diapositivas y una proyectora</p> <p>El facilitador pedirá a los estudiantes que puedan comentar sobre las dudas e inquietudes que tengan sobre el tema que se trato, con la finalidad de mejorar el aprendizaje.</p>	Ninguno	10 min.
Conclusión				

Tema: Se explicará al grupo sobre el tema y las formas de prevenir esta enfermedad, para que obtengan información correcta, actualizada y se esclarezca todas las dudas. Los temas tratados son los siguientes:

- La Sífilis

Es una enfermedad sistemática contagiosa, causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*; se caracteriza por periodos de manifestaciones floridas activas y años de lactancia sin síntomas. Puede afectar cualquier tejido u órgano vascular del cuerpo y pasar de la madre al feto (Sífilis congénita)

1.- Etimología y anatomopatología

T. Pallidum es una microorganismo espiral delicado, de unos 0.25um de ancho y 5 a 20um de largo. Puede examinarse bajo el microscopio con campo oscuro o identificarse por técnicas de fluorescencia. No crece en medios artificiales ni sobrevive por periodos prolongados fuera del cuerpo humano, pero es posible conservarlo viable muchas horas en medios especiales o con temperaturas de subcongelación. En la sífilis adquirida, *T. Pallidum* penetra en el cuerpo a través de la mucosa o abrasiones en la piel. En el transcurso de horas, el microorganismo llega a los ganglios linfáticos regionales y se disemina rápidamente por todo el cuerpo. En la sífilis tardía, la hipersensibilidad tisular a *T.*

Pallidum origina ulceraciones gomosas y necrosis. Las alteraciones inflamatorias son substituidas por procesos degenerativos, especialmente en los sistemas cardiovasculares y nervioso central (SNC) es invadido en fase temprana de la infección, y durante la etapa secundaria de la enfermedad en más de 30% de los pacientes hay anormalidades en el líquido cefalorraquídeo. Durante los primeros 5 a 10 años después de la infección, la enfermedad afecta principalmente meninges y vasos sanguíneos.

- **Chancroide**

Es una enfermedad contagiosa aguda localizada, caracterizada por úlceras genitales dolorosas y supuración de los ganglios linfáticos inguinales.

1.- Etiología

El agente causal es *Hemophilus Ducreyi*, un bacilo gramnegativo delgado, corto, con extremos redondeados, que suele encontrarse en cadenas o grupos. No suele crecer en los medios de cultivo usuales, pero en ocasiones se desarrolla en medios con sangre fresca desfibrinada de conejo o suero del paciente.

2.- Síntomas y signos

El periodo de incubación es de 3 a 5 días. Se presentan pápulas dolorosas pequeñas, que se rompen rápidamente para transformarse en úlceras superficiales con bordes rasgados, sofocados. Las úlceras son superficiales, no induradas, dolorosas y con borde rojizo. Varían de tamaño y con frecuencia establecen coalescencia. La erosión fagedénica puede causar destrucción tisular notable. Los ganglios linfáticos inguinales se hacen sensibles, crecen o se fusionan, formando un absceso fluctuante (bubón) en la ingle. La pile recubre el absceso puede tornarse rojo y brillante y romperse para formar fístulas. La autoinoculación suele causar nuevas lesiones. Las complicaciones incluyen fimosis, estrechez y fístula uretral y destrucción tisular grave. Puede coexistir con la sífilis.

- **La Linfogramuloma Venéreo**

Es una enfermedad contagiosa de transmisión sexual con una lesión primaria pasajera seguida de linfagitis supurativa y complicaciones locales graves.

1.-Etiología

Es causado por un miembro del grupo de microorganismo Chamydia, relacionado con los agentes que causan el tracoma, la psitacosis, la conjuntivitis de inclusión y la inflamación genital. La enfermedad se observa principalmente en áreas tropicales y subtropicales.

2.- Síntomas y signos

El periodo de incubación es de 7 a 28 días. En un principio se forma una lesión vesicular pequeña, pasajera, no indurada, que se ulcera y cicatriza con rapidez y puede pasar inadvertida. Por lo general, el primer síntoma es un crecimiento sensible unilateral de los ganglios linfáticos inguinales, que evolucionan hasta formar una masa fluctuante grande, sensible, que se adhiere a los tejidos profundos y está cubierta de piel enrojecida. Redesarrollan fístula múltiples, que elimina material purulento o teñido con sangre. Finalmente cura dejando cicatriz pero las fístulas pueden persistir o recurrir. El paciente suele quejarse de fiebre, malestar, cefalea, dolores articulares, anorexia y vómitos.

- ¿Qué es el VIH?

Con frecuencia oímos hablar de la infección por VIH y del SIDA como si fueran sinónimos, pero, tener VIH no quiere decir que se tiene SIDA. El estar infectado con el VIH significa que uno ha estado expuesto al virus y que no es definitivo que vaya a desarrollar la enfermedad. Se puede permanecer sin síntomas (Portador Asintomático), por mucho tiempo. Es de fundamental importancia resaltar que con el avance de los nuevos tratamientos se puede vivir saludablemente con el VIH toda la vida.

- ¿Que es el SIDA?

El SIDA es la etapa avanzada de la infección por HIV con presencia de síntomas que se producen cuando el Sistema Inmunológico se deteriora y deja de funcionar en forma eficaz, desarrollándose enfermedades oportunistas y/o marcadoras debido a que se ha perdido la capacidad de defensa del organismo de luchar contra los distintos agentes que causan enfermedades.

- ¿Qué significa la sigla SIDA?

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

- **Síndrome:** Conjunto de manifestaciones (síntomas) que caracterizan a una enfermedad.
- **Inmuno:** Relacionado con el sistema inmunológico (defensas de nuestro cuerpo).
- **Deficiencia:** Indica que el sistema inmunológico (defensas), no funciona o funciona incorrectamente.
- **Adquirida:** Que se adquiere. No es congénita ni hereditaria.

Es un complejo patológico que se caracteriza por la destrucción de la inmunidad natural del cuerpo, contra la enfermedad. Debido a esta falla del sistema inmune los pacientes de sida son vulnerables a una o más infecciones o cánceres inusuales que lo constituye una amenaza para las personas cuyo sistema inmunológico funciona normalmente. El sida es una enfermedad producida por el virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y hasta ahora no tiene cura.

Sesión N° 2

Objetivo: Describir las diferentes formas de transmisión del VIH/SIDA.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	TIEMPO
Dinámica rompe hielo “Diferentes comportamientos”	El objetivo de la dinámica es conocer, cual de estas actitudes se da más en el grupo si es positiva o negativa, cual se da menos y que podemos hacer.	El animador explicará que se tratará de buscar actitudes que unen y aquellas que desunen a un grupo. Se anotarán en dos franjas de papel y se formarán equipos iniciando el juego, cada equipo debe	Papel lápices	20 min.

<p>Presentación del tema “Formas de transmisión del VIH/SIDA.”</p>	<p>El objetivo es visualizar las formas de transmisión del VIH/SIDA como una medida importante y de reflexión hacia los estudiantes universitarios</p>	<p>buscar cinco actitudes que unan y cinco que desunan. En plenaria, los equipos presentarán y comentarán sus respuestas sobre las actitudes.</p> <p>Se visualizará el tema formas de transmisión del VIH/SIDA, se dividirán en grupos de cinco integrantes. A cada grupo se le entregará una hoja y un marcador, cada grupo anotará en forma resumida todo lo referido a la transmisión del VIH/SIDA. Cada grupo dará a conocer las respuestas a los demás grupos para luego llegar a una conclusión.</p>	<p>Hojas bond. Marcadores.</p>	<p>30 min.</p>
<p>Presentación del video “El VIH/SIDA”</p>	<p>El objetivo es informar sobre la enfermedad del VIH/SIDA.</p>	<p>Se presentará un video como instrumento facilitador, para que los estudiantes</p>	<p>DVD. Video. Televisor.</p>	<p>30 min.</p>

		<p>desarrollen conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA.</p> <p>Al concluir con el video los estudiantes podrán realizar preguntas o aclarar dudas sobre el tema, finalmente se debatirá en plenaria.</p>		
Conclusión	<p>El objetivo es evaluar la información adquirida por los estudiantes a lo largo de la sesión.</p>	<p>Se realizará un breve resumen de todo lo expuesto en el programa, y se les preguntará sus expectativas.</p>	<p>Evaluación se les hará preguntas abiertas a los estudiantes.</p>	<p>15 min.</p>

ACTIVIDAD: Se desarrolla los siguientes temas:

¿Cómo se transmite?

- Relaciones sexuales heterosexuales u homosexuales sin protección (vaginal, anal, oral).
- Vía sanguínea, por compartir jeringas para el uso de drogas o cualquier otro elemento cortante o punzante como por ejemplo hacerse tatuajes o agujeros para aretes, o a través de la transfusión de sangre no controlada.
- Transmisión peri natal, de madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Es el principal mecanismo de adquisición del SIDA en los niños. Si no recibe atención médica, una mujer VIH positiva durante el embarazo, el parto o la lactancia un 30% de probabilidad de transmitir el virus a su bebé. Estas posibilidades se reducen al 2% en caso de recibir adecuada atención médica.

¿En qué consiste el análisis para detectar el VIH?

Se trata de un análisis de sangre que detecta la presencia de anticuerpos al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Esta prueba se llama ELISA y debe ser confirmada con otra prueba denominada Western Blot en caso de dar el ELISA un resultado positivo. El cuerpo humano normalmente produce anticuerpos para luchar contra las enfermedades. En el caso del VIH los anticuerpos solamente muestran que la persona está infectada por el virus. Estar infectado significa que el virus está presente en el cuerpo y que, de no tomar las precauciones correspondientes, puede infectar a otras personas, aunque se sienta bien y no tenga síntoma alguno. Estar infectado, no es lo mismo que tener SIDA. El análisis debe hacerse con consentimiento de la persona y es confidencial.

Un resultado positivo significa:

Que tienes el virus de VIH. No que tienes SIDA. Que puedes infectar a otra persona si mantienes relaciones sexuales sin protección (sin preservativo) o por contacto directo de sangre con sangre. Que debes protegerte siempre en tus relaciones sexuales para no correr riesgo de re-infección. Esto significa que debes evitar que el VIH vuelva a ingresar en tu organismo, ya que eso aumenta la posibilidad de contraer SIDA. Que podrás continuar con tus actividades cotidianas. Que en caso de quedar embarazada y no recibir la atención médica adecuada, puedes transmitir el virus a tu bebé antes de nacer, durante el parto o al darle de mamar. En caso de no recibir atención médica en el embarazo o en el momento del parto, uno de cada tres bebés que nacen de una mujer infectada puede desarrollar SIDA.

Un resultado negativo significa:

Que no se encontraron anticuerpos al VIH en tu sangre. Para estar seguro del resultado de tu análisis debes esperar 3 meses después de la situación en la que pudiste haberte infectado. Siempre se recomienda hacer dos análisis para mayor seguridad en el caso del negativo. Usar siempre preservativos en las relaciones sexuales y no compartir agujas. Si tu resultado es negativo y no vuelves a tener ninguna conducta de riesgo, podrás donar sangre, que siempre es un acto solidario.

- **¿Cómo no se transmite?**

- No se contagia a través del aire (estornudos, tos, etc.).
- No se contagia por compartir la vajilla, cubiertos, ropa, baño, teléfono, piscinas, playas, etc.
- Al donar sangre o cuando le sacan sangre para examinarla las agujas se usan una sola vez y se destruyen.
- No se contagia por el contacto de saliva, lágrimas, sudor, etc.
- No se contagia por darle la mano o abrazarse.
- Besos, masturbación mutua, caricias, no tienen riesgo de infección.

Esta información puede ampliarse en:

- “Enfermedades Transmisión <http://www.escuela.med.puc.cl/publ/manualUrologia>.
- FALLOWS Dorothy (2005, pág 34) “Verdades y Mentiras” SIDA GLOBAL

Sesión N° 3

Objetivo: Identificar los derechos que tienen las personas que viven con VIH/SIDA.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	TIEMPO
Dinámica “Temores y esperanzas”	El objetivo de la actividad es que los estudiantes identifiquen los derechos que tienen las personas que viven con VIH/SIDA.	En las tarjetas rojas cada persona libremente escribirá sus inquietudes y temores, en las tarjetas verdes se anotarán las soluciones y esperanzas acerca de relacionarse con una persona que vive con VIH/SIDA, luego se entregará las tarjetas al facilitador. Posteriormente, el facilitador irá pegando en la pizarra lo escrito en las tarjetas, al finalizar se pondrá en consideración las respuestas para discutir sobre ellas, y así llegar a una conclusión.	Tarjetas de cartulina (rojas y verdes). Marcadores.	30min.

<p>Dinámica de evaluación del programa: “Yo sé quien sabe lo que usted no sabe”.</p>	<p>El objetivo es evaluar el nivel de aprendizaje durante las tres sesiones del programa.</p>	<p>Se dividirá a los participantes en tres grupos, cada grupo planteará 5 preguntas breves sobre lo que no saben o tienen mayor dificultad, las escribirán en un papel, luego se intercambiarán las preguntas entre los grupos, cada grupo tendrá un tiempo para responder y luego darán a conocer sus respuestas.</p>	<p>Papel marcadores</p>	<p>40 min.</p>
<p>Exposición: “Derechos de las personas que viven con VIH/SIDA”</p>	<p>El objetivo de la actividad es que los estudiantes conozcan los derechos que tienen las personas con VIH/SIDA.</p>	<p>Se presentará el tema “Derechos de las personas que viven con VIH/SIDA” con la ayuda de diapositivas, en la que se dará una breve introducción sobre la enfermedad, estadísticas mundiales y nacionales del número de personas infectadas con el</p>	<p>Computadora Proyectora</p>	<p>40 min.</p>

<p>Finalización del programa.</p>	<p>Dar por concluido el programa y recoger opiniones de los estudiantes participantes.</p>	<p>VIH/SIDA, los derechos de estas personas, por último se analizarán algunos casos que presentan la enfermedad.</p> <p>Se agradecerá a los estudiantes por su participación y se les entregará una evaluación con el objeto de que ellos en forma anónima den a conocer sus opiniones, sugerencias sobre el programa y los facilitadores.</p>	<p>Hojas de evaluación Lápices</p>	<p>10 min.</p>
--	--	--	--	----------------

ACTIVIDAD: Se desarrollan algunos derechos humanos que guardan relación con el VIH/SIDA:

- Derecho a la no discriminación y a la igualdad ante la ley
- Derecho a la salud
- Derecho a la vida privada
- Derecho al trabajo
- Derecho a la seguridad social
- Derecho a un acceso equitativo a la educación
- Derecho a casarse y a fundar una familia

- Derecho a ser protegido contra penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Ejemplos de situaciones a analizarse.

Situación 1

El señor JK tiene 37 años y trabaja en un banco. Es seropositivo desde hace varios años. Dado que su salud se deteriora, el médico le receta un tratamiento que consiste en una combinación de varios medicamentos. El banco dispone de un sistema de seguro social para sus empleados. Aunque el señor JK aportó a dicho sistema durante mucho tiempo antes de que se le detectara la infección por el VIH, la compañía de seguros se niega a reembolsar los medicamentos del tratamiento e, incluso, amenaza con cancelar su póliza de seguros debido a la condición del señor JK.

Situación 2

Rajesh, de 21 años, acaba de terminar sus estudios y le pide a Aarathi, con la que lleva varios años de noviazgo, que se case con él. Aarathi acepta. Rajesh es seropositivo y ella lo sabe. Como es tradicional en su cultura, antes de poder celebrar el matrimonio debe obtenerse el consentimiento de los tíos. Un mes antes de la boda uno de los tíos de Aarathi, doctor en medicina, informa a la familia de la novia que Rajesh donó sangre en una oportunidad y que en esa ocasión fue detectado seropositivo. Por consiguiente, Rajesh no puede casarse con su novia. Tanto Rajesh como Aarathi están abrumados por el hecho de que el tío de la muchacha comunicara el estado de Rajesh a gran parte de la comunidad y, también, porque no ha dado su consentimiento para que se casen.

6.1. CONCLUSIONES

Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, que al no ser observables directamente pero son sujetas a inferencias observables.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se presentan las siguientes conclusiones:

❖ El componente cognitivo, se refiere a las percepciones y creencias de un objeto por la información que tenemos del mismo; se puede evidenciar que los estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho tienen un “conocimiento positivo” en relación al VIH-SIDA, caracterizados por un conocimiento cabal de las formas de contagio y de prevención, de la certeza en la existencia de la enfermedad y de que existen métodos para diagnosticarla, a este componente le falta todavía desarrollar cierta información correcta sobre algunos temas donde se ha evidenciado un conocimiento negativo e intermedio.

❖ El componente afectivo se refiere al sentimiento de aceptación o de rechazo que una persona experimenta hacia un tema específico, este tiene un valor muy importante por sí solo ya que pueden existir actitudes sin cogniciones, pero no pueden haber actitudes sin componente afectivo. Los estudiantes universitarios presentan sentimientos positivos y emociones comprometidas con las personas que viven con la enfermedad.

Se observa desagrado al saber que cada día se incrementa el número de personas con la infección, de la inexistencia de una cura para la misma, el ver morir a una persona con SIDA, como también que se le niegue a los niños el derecho de estudiar por esta enfermedad.

❖ El componente conductual se caracteriza por la predisposición a comportarse de una determinada forma, tomando en cuenta las creencias opiniones, y sentimientos. Los estudiantes universitarios manifiestan una predisposición comportamental negativa frente a la enfermedad; esto se debe a que los jóvenes

muestran un verdadero rechazo al momento de tener una relación de proximidad con alguna persona que presente la enfermedad, el hecho de no aceptar ni a un compañero de trabajo ni a un amigo que tenga SIDA, el rechazo a compartir una casa, a darle un beso o brindarle su ayuda y apoyo son criterios que manifiestan la actitud negativa en este componente.

❖ Se puede concluir que en los tres componentes actitudinales: cognitivo, afectivo y conductual se manifiesta la actitud caracterizada por ser positiva pero que no llega a ser determinante para todo el grupo, porque a su vez se presenta una actitud negativa que permite mostrar la realidad que viven los estudiantes universitarios.

Tanto el componente cognitivo como el componente afectivo se encuentran de manera positiva y manteniendo la aceptación como sentimiento hacia la enfermedad, lo que indica que sus conocimientos están de acuerdo con sus sentimientos, es importante concluir que a pesar que estos dos componentes se manifiestan de manera positiva, no deja de ser importante los datos obtenidos en los otros rangos negativo y de indiferencia, que son determinantes para poder entender el componente conductual, que se manifiesta de manera negativa, precisamente porque los conocimientos y sentimientos no están consolidados en los universitarios en relación a la enfermedad.

❖ Respondiendo a la hipótesis de la investigación que dice: ***“Los estudiantes de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” presentan una actitud negativa frente a la enfermedad del VIH/SIDA, caracterizada por conocimientos negativos, sentimientos de indiferencia y una tendencia comportamental negativa”***

Se debe concluir que la hipótesis no se confirma, ya que los resultados obtenidos indican una actitud positiva: con un componente cognitivo positivo, sentimientos de aceptación y un componente comportamental negativo, frente a la enfermedad del VIH/SIDA.

❖ Se elaboró un programa psicoeducativo dirigido a los estudiantes universitarios con la finalidad de lograr una actitud positiva frente a la enfermedad del VIH/SIDA, en el que se abordan principalmente el área cognitiva, afectiva y conductual, que de acuerdo a los resultados no se han llegado a manifestar de manera contundente en los estudiantes universitarios. El programa abarca temas referidos a la prevención, discriminación, valores, reconocimiento de los derechos que tienen las personas que viven con el VIH/SIDA, con una metodología, activa, participativa y sobre todo analítica-reflexiva.

El programa elaborado es de mucha utilidad para nuestra sociedad, puesto que sirve como base orientadora a profesores, profesionales y autoridades educativas como también universitarios interesados en abordar esta temática.

6.2. RECOMENDACIONES

A continuación se presenta una serie de recomendaciones que han surgido durante el desarrollo de toda la investigación sobre la actitud frente a la enfermedad del VIH/SIDA que tienen los estudiantes universitarios:

- ❖ Se recomienda, que los estudiantes universitarios puedan ser alertados y se les pueda ofrecer conocimientos más profundos acerca de algunas formas de contagio, prevención, consecuencias y peligros que se tiene en la iniciación de las relaciones sexuales.

Puesto que el conocimiento que se tiene sobre la enfermedad del VIH-SIDA y que se maneja dentro de nuestra sociedad, no es suficiente para frenar el avance de la enfermedad, puesto que los estudiantes siguen manteniendo conductas e ideas riesgosas como el hecho de que esta enfermedad le pasa a otras personas, menos a uno mismo.

- ❖ Los docentes no sólo deben brindar información de la materia asignada, sino también es necesario abordar temas integrales, para que se pueda comunicar y difundir problemas y soluciones a situaciones como lo es la enfermedad del VIH/SIDA, a la cual el estudiante universitario por su condición independiente puede estar más expuesto a contraerla y a correr mayores riesgos.
- ❖ Así como se toman en cuenta la orientación vocacional, el manejo de técnicas de estudio, también se debe fomentar el abordaje de temas relacionados a la sexualidad, el contagio y la prevención de enfermedades de transmisión sexual como lo es el VIH/SIDA.
- ❖ Conformar con la ayuda de la Carrera de Psicología, los tan esperados Centros de Consejería Sexual, abierta para todos los universitarios de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, con el fin de lograr a su vez cristalizar los objetivos de extensión que tiene la Universidad.

- ❖ Los docentes de todas las facultades tienen que ser capacitados en temas integrales como la sexualidad de los jóvenes universitarios, para que puedan iniciar discusiones, estimular reflexiones, contemplando las perspectivas físicas, psicológicas, emocionales, culturales y sociales, se parte de la idea que conocer estos temas no debe ser una atribución solamente de aquellas facultades en el área de la salud, sino que son temas de importancia general que necesitan ser trabajados en aula.
- ❖ Todos deben contribuir a la prevención del VIH/SIDA; sigue haciendo falta que todos y todas especialmente los padres de familia, inicien la comunicación con sus hijos acerca de la sexualidad. Educar sobre sexualidad es contribuir a que hijos e hijas aprendan a conocerse, aceptarse y a vivir su sexualidad de forma satisfactoria.
- ❖ Las instituciones gubernamentales como las no gubernamentales deben promover programas y planes de prevención sobre el VIH-SIDA, en instituciones de salud sexual y reproductiva.
- ❖ Los medios de comunicación desempeñan un papel importante en el fomento de la sensibilidad y la difusión de conocimientos acerca del VIH, y por consiguiente, en la prevención de la infección, son cada vez más importantes en la vida de los adolescentes, por lo que se debe tomar en cuenta los tipos de programas, contenidos, mensajes, etc., se que emiten a diario.